



# GRADO DE MAESTRO EN EDUCACIÓN PRIMARIA

CURSO ACADÉMICO 2019/2020

## **LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA QUE COMAN DE FORMA SALUDABLE?**

EATING DISORDERS IN PEOPLE WITH AUTISM  
SPECTRUM DISORDER (ASD). WHAT CAN WE  
DO TO HELP THEM EAT MORE HEALTHILY?

Autor: Andrea Vicente Villacorta.

Director: Héctor García Rodicio.

Diciembre 2020

VºBº DIRECTOR

VºBº AUTOR

# ÍNDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>1.Trastornos del espectro autista.....</b>	<b>5</b>
<b>1.A. Características.....</b>	<b>5</b>
1.A.1 Área social.....	6
1.A.2 Área intelectual.....	7
1.A.3 Área comunicativa.....	8
1.A.4 Área conductual.....	9
<b>1.B. Bases cognitivas.....</b>	<b>14</b>
1.B.1 Teoría de la mente.....	15
1.B.2.Emociones.....	16
1.B.3 Función ejecutiva.....	17
1.B.4 El autismo ‘desde dentro’.....	18
<b>2. La importancia de la dieta.....</b>	<b>18</b>
<b>2.A. Características de una dieta saludable.....</b>	<b>18</b>
<b>2.B. La relación de la dieta con la salud.....</b>	<b>23</b>
<b>3. Dieta en los TEA.....</b>	<b>27</b>
<b>3.A. Patrones dietéticos y alimentarios.....</b>	<b>27</b>
3.A.1 Principales dificultades frente a la alimentación.....	29
3.A.2 Categorías de una alimentación desordenada.....	31
3.A.3 Selectividad alimentaria. Características.....	36
<b>3.B. Posibles impactos sobre la salud.....</b>	<b>38</b>
<b>4. Recomendaciones.....</b>	<b>45</b>
<b>4.A. Pautas para una mejor alimentación en los TEA.....</b>	<b>45</b>
4.A.1 Aspectos previos para tener en cuenta antes de la intervención.....	45
4.A.2 Consideraciones generales.....	47
4.A.3 Metodología.....	52
4.A.4 Intervención con omega-3.....	61
<b>5.Conclusiones.....</b>	<b>62</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>65</b>
<b>Webgrafía.....</b>	<b>66</b>

## **Resumen.**

En el presente trabajo se ha realizado una revisión literaria acerca de los trastornos alimentarios en las personas con trastornos del espectro autista (TEA), así como de las diversas pautas de intervención que se pueden llevar a cabo para conseguir una dieta equilibrada y saludable. Los TEA se caracterizan por alteraciones en la socialización, comunicación y flexibilidad. La alimentación en este caso es clave para un adecuado desarrollo general de la persona, ya que esta incide de forma directa en las características mencionadas anteriormente. Es por ello por lo que durante el desarrollo de este trabajo definimos los diferentes problemas de salud que pueden experimentar los TEA, como déficits nutricionales u obesidad, debido a diferentes anomalías sensoriales y dificultades en la ingesta de alimentos. Además, aportamos diferentes metodologías de intervención basadas en el cambio de conductas problemáticas mediante reforzadores positivos que se engloban dentro del enfoque denominado apoyo conductual positivo.

**Palabras clave:** trastornos del espectro autista; dieta equilibrada y saludable; intervención; anomalías sensoriales; reforzadores positivos; apoyo conductual positivo.

## **Abstract.**

In this work, a literary review has been carried out on eating disorders in people with autism spectrum disorders (ASD), as well as the various intervention guidelines that can be carried out to achieve a balanced and healthy diet. ASD is characterized by alterations in socialization, communication and flexibility. Eating in this case is key to the person's proper overall development, as it has a direct impact on the characteristics mentioned above. That's why during the development of this work we define the different health problems that ASD may

experience, such as nutritional deficits or obesity, due to different sensory abnormalities and difficulties in food intake. In addition, we provide different intervention methodologies based on the change of problematic behaviors through positive rewards that fall within the approach called positive behavioral support.

**Key words:** autism spectrum disorders; balanced and healthy diet; intervention; sensory abnormalities; positive rewards; positive behavioral support.

## **1.Trastornos del espectro autista.**

### **1.A. Características.**

Los trastornos del espectro autista (TEA) se caracterizan por alteraciones en la comunicación y la socialización, así como rigidez en las conductas e intereses. Tienen una incidencia bastante alta en el mundo. Según la OMS: “Uno de cada 160 niños tiene un trastorno del espectro autista (TEA)”. Por ello, consideramos que es de vital importancia que se tenga un conocimiento más profundo de estas personas, así como haya una investigación más detallada desde la infancia hasta la edad adulta en todos los aspectos relacionados con sus vidas (relaciones sociales, alimentación, comunicación, aprendizaje...).

No obstante, este conocimiento no debe ser sólo de aquellos especialistas que traten con personas con algún tipo de trastorno del espectro autista (TEA), sino que debe ser un conocimiento generalizado que llegue a toda la población y que ofrezca mayores oportunidades de conocer y relacionarse con estas personas. Con ello, comenzamos a desarrollar el presente trabajo queriendo hacer una reflexión a la población en general, con el fin único de pensar y razonar cuál es el grado de conocimiento que tenemos acerca de este trastorno y cómo nos comunicamos y relacionamos con estas personas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V), engloba el Trastorno del Espectro Autista (TEA) dentro de la categoría de los trastornos del neurodesarrollo.

De esta forma y cómo indica Sanz (2018) en su Trabajo de Fin de Máster llamado “Programa de intervención conductual en alimentación para TEA de bajo funcionamiento”: “El TEA se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) y de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en comunicación social e interacción social a los largo de múltiples contextos, [...] patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses (DSM-V, 2013, pág. 31)”.

El conjunto de síntomas de este trastorno es muy variado y amplio ya que depende de cómo se desarrolle en cada persona, por ello se define como un espectro. Como indica Calderón (2017): “El término “espectro” se refiere por ende a la gran variedad de síntomas, habilidades y niveles de deterioro o discapacidad que un individuo con esta enfermedad puede presentar” (Calderón, 2017, p.9).

Ante esto, tanto el término, como el conocimiento y los criterios diagnósticos del TEA han ido evolucionando y modificándose de acuerdo con los resultados de las diferentes investigaciones. Actualmente, a pesar de la variabilidad sintomatológica de las personas con TEA el DSM-V elimina las subcategorías por las que estaba formado este espectro en el DSM-IV, Trastorno Autista, Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado de otra manera y el Síndrome de Asperger, consiguiendo de esta forma una visión más global y de mayor magnitud sobre el concepto del autismo.

Como hemos mencionado en varias ocasiones en este apartado, el TEA está formado por diferentes signos y síntomas que forman las características de este trastorno. Estas se dividen en diferentes áreas o ámbitos: destrezas sociales, nivel intelectual, comunicación y conducta.

#### 1.A.1 Área social.

El primer área, las destrezas sociales, está basada en los problemas sociales que pueden tener las personas con TEA. En los primeros años, los niños con un desarrollo típico interactúan con el mundo y las personas que les rodea. Sienten curiosidad por los objetos que les rodean, por repetir gestos o palabras de sus familiares o incluso se comunican a través de miradas. En el caso de niños con TEA, la interacción social que se produce en los primeros años de vida es prácticamente nula. No sienten interés por el resto de las personas o por compartir tiempo con ellas. Tienen muchas dificultades para desenvolverse y establecer interacciones con otras personas.

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020), algunos de los problemas sociales que desarrollan las personas con TEA son:

- “No responder al nombre cuando tienen 12 meses de edad.

- Evitar el contacto visual.
- Preferir jugar solos.
- No compartir intereses con los demás.
- Interactuar únicamente para llegar a una meta deseada.
- Tener expresiones faciales apáticas o inadecuadas.
- No comprender los límites del espacio personal.
- Evitar o resistirse al contacto físico.
- No sentir el consuelo que le dan otras personas cuando están angustiados.
- Tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos."

De esta forma, podemos comprobar como esos síntomas suponen grandes dificultades a las personas con TEA desde el principio del desarrollo social. Todos estos problemas, sin unos apoyos precisos, se pueden ver agravados con el paso del tiempo, llegando incluso a desarrollar ansiedad o depresión, así como pueden dificultar el manejo de otros problemas sociales, consiguiendo de esta forma un aislamiento total de la persona.

#### 1.A.2 Área intelectual.

En segundo lugar, el área del nivel intelectual tiene diferentes grados de afectación que dependen del impacto del trastorno y del desarrollo de la persona. En este sentido, existen casos de personas con autismo que van desde un grado alto de discapacidad intelectual, hasta un grado muy bajo que no tiene una gran repercusión en la evolución de la persona con TEA. Al igual que el área anterior, esta característica influye tanto en el desarrollo personal como social de la persona, determinando de esta forma si con los apoyos necesarios puede ser una persona independiente o dependiente.

### 1.A.3 Área comunicativa.

En tercer lugar, el área de la comunicación tiene cierta relación con las habilidades sociales ya que, como es coherente, si no somos capaces de establecer comunicaciones fluidas y con cierto sentido no podemos desarrollar relaciones sociales y por lo tanto nuestras habilidades van a verse afectadas. Este área se centra en las alteraciones que tienen las personas con TEA en la comunicación verbal y no verbal. Dichas alteraciones pueden ir desde una persona que sabe comunicarse de una forma eficaz, otra que tenga ciertas habilidades comunicativas pero que tenga ciertos déficits o una que no tenga ninguna capacidad comunicativa.

Existen muchos casos de personas con TEA que tienen las habilidades lingüísticas suficientes para poder establecer comunicaciones verbales y no verbales con el resto de las personas, pero que no saben cómo utilizarlas de tal manera que se establezcan conversaciones con una fluidez recíproca. Esto último está relacionado con el primer área dado que la falta de habilidades sociales, como, por ejemplo, entender los sentimientos de otras personas o incluso los suyos propios, puede hacer que una conversación con otra persona de lugar a un problema ante la falta de entendimiento. Estadísticamente, el 40% de los niños no tienen lenguaje ninguno, mientras que el 25-30% de los niños dice alguna palabra en los primeros dos años de vida.

La comunicación de las personas con TEA, como el resto de los síntomas que les caracterizan pueden agravarse o mejorarse con el paso del tiempo. Bajo nuestra experiencia en el Colegio de Educación Especial Parayas, conocimos a un alumno con autismo que tenía una comunicación verbal bastante fluida, pero con la entrada de la adolescencia, al no saber qué es lo que le ocurría a su cuerpo y no poder transmitir lo que sentía optó por el mutismo. El lenguaje verbal de las personas con autismo varía en grandes proporciones dependiendo del estímulo verbal, del estado de la persona y del momento del desarrollo en el que se encuentre. De la misma forma, la comunicación no verbal de las personas con TEA se ve afectada en el uso y la comprensión de gestos, en el tono de voz o en el lenguaje corporal.



Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020), algunos de los problemas comunicativos que desarrollan las personas con TEA son:

- “Presentar un retraso en las destrezas del habla y el lenguaje.
- Repetir palabras o frases una y otra vez (ecolalia).
- Invertir los pronombres (p. ej., decir “tú” en lugar de “yo”).
- Dar respuestas no relacionadas con las preguntas que se les hace.
- No señalar ni responder cuando se les señala algo.
- Usar pocos o ningún gesto (p. ej., no decir adiós con la mano).
- Hablar con un tono monótono, robótico o cantado.
- No jugar juegos de simulación (p. ej., no jugar “a darle de comer” al muñeco).
- No comprender los chistes, el sarcasmo ni las bromas.”

#### 1.A.4 Área conductual.

El último área que se ve afectada es la conducta. Bajo nuestro punto de vista este ámbito se puede considerar el núcleo central dado que, todas las acciones y reacciones que tienen las personas con TEA influyen de forma directa en su conducta. Si no conseguimos que el niño desarrolle y ponga en práctica una conducta positiva y participativa no podemos mejorar ninguna de las áreas mencionadas anteriormente. En esta área es característico que las personas con TEA desarrollen conductas e intereses limitados. Esto da lugar a conductas y comportamientos repetitivos que derivan en problemas para desarrollar cualquier actividad o cambio en su entorno por muy mínimo que sea. Las rutinas deben estar marcadas día a día en las personas con TEA, así como cualquier cambio se debe anticipar con tiempo para que la persona no tenga una reacción negativa o problemática. Sin una rutina desarrollada, estas personas no son capaces de desenvolverse por sí mismas en el día a día, aumentando de esta forma los niveles de ansiedad y conductas disruptivas que genera cualquier cambio que suponga salir de su zona de confort.

Como indicaba Kanner en los años 40:

“El comportamiento del niño está gobernado por un deseo obsesivo-ansioso de mantener la igualdad, con ataques de pánico como resultado de dichos cambios; [...] incluso cambios menores en el entorno pueden inducir a confusión y distrés, y el miedo a un posible cambio puede convertirse en una fuente de ansiedad”. (Kanner, 1944, p.213).

En cuanto a los intereses de estas personas, estos se centran en movimientos o acciones que repiten constantemente. Por ejemplo, durante nuestra experiencia de prácticas en el centro de educación especial, nuestros alumnos presentaban estas conductas a través de movimientos meciéndose hacia delante y hacia detrás o chocando las palmas con otra persona en su pecho. Estos movimientos o actividades reciben el nombre de conductas estereotipadas. Como indica el neuropediatra Carlos E. Orellana Ayala en su artículo titulado: Estereotipias y autismo, para saber más. “Las estereotipias son movimientos no propositivos (sin sentido, sin propósito o sin finalidad concreta) y repetitivos, que siguen un repertorio particular propio de cada individuo y que se presentan bajo un patrón temporal variable, transitorias o persistentes, ocurren en algunos niños con TEA y también con otros cuadros (Trastorno por movimientos estereotipados, TDAH, niños sin problema específico alguno, etc.) (Zinner SH et al, 2010)”.

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020), algunos de conducta o intereses limitados que desarrollan las personas con TEA son:

- Formar líneas con juguetes u otros objetos.
- Jugar con los juguetes de la misma forma todas las veces.
- Mostrar interés por partes de los objetos (p. ej., las ruedas).
- Ser muy organizados.
- Irritarse con los cambios pequeños.
- Tener intereses obsesivos.

- Tener que seguir determinadas rutinas.
- Aletear las manos, mecerse o girar en círculos.

Como consecuencia, si no dejamos que estas personas sigan estas rutinas o intereses repetitivos y limitados, se pueden producir pérdidas de control y conductas disruptivas. Con todo esto queremos reflejar y dar visibilidad a la importancia de crear un ambiente tranquilo y positivo a las personas con TEA, que les permitan saber desenvolverse en la rutina diaria ante cambios imprevistos y obtener de ello una conducta positiva que nos permita trabajar este y todos los ámbitos mencionados anteriormente. Si la persona no está dispuesta a trabajar y colaborar con nosotros, si no conseguimos ganarnos su confianza y aportarles tranquilidad, no vamos a poder lograr ninguna mejora ni desarrollo en estas personas.

Así mismo, consideramos que es de gran importancia conocer cuáles son los comportamientos y actividades poco inusuales generales de las personas con TEA, así como las individuales de las personas con las que trabajamos para poder establecer planes de trabajo con ellos. Todo ello con el único fin de desarrollar y mejorar todas aquellas áreas que se ven afectadas en este perfil de alumnado.

Por otra parte, existen una serie de síntomas secundarios que las personas con TEA pueden llegar a desarrollar dependiendo del individuo y de las situaciones o experiencias por las que haya pasado. Alguna de los síntomas secundarios que pueden presentar, como indica el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020), son:

- Hiperactividad.
- Impulsividad.
- Corta capacidad de concentración.
- Agresión.
- Autolesionarse.

- Berrinches.
- Hábitos de alimentación y sueño poco habituales.
- Estado de ánimo o reacciones emocionales poco habituales.
- Falta de miedo o más miedo de lo esperado.
- Reacciones poco habituales al sonido, el olor, el gusto, el aspecto o el tacto de las cosas.

Bajo nuestro punto de vista, todos estos síntomas secundarios son de gran importancia al igual que los síntomas nucleares, sin embargo, no se les da la misma importancia ni se realiza un esfuerzo mayor en intentar investigar y tratar estos síntomas secundarios.

Como subraya Anna Pedreño Sanz en su trabajo de fin de máster titulado “Programa de intervención conductual en alimentación para TEA de bajo funcionamiento”:

El tema que ocupa este TFM es un tema poco discutido en la bibliografía existente, en la mayoría de los casos queda limitada a la adquisición de hábitos de autonomía e higiene a lo largo de las horas de comida, pero que se vive a diario cuando convives o trabajas con personas TEA [...] (Pedreño, 2018, p. 3)

De la misma forma que la alimentación, la mayoría de los síntomas secundarios no son reflejados con la importancia que deberían en el desarrollo de las personas con TEA. Con ello pretendemos hacer ver la realidad de esta situación y evidenciar la necesidad de establecer líneas de investigación en torno a estos aspectos, no solo verse reflejada esta verdad en proyectos de fin de carrera o de máster.

Por último, para finalizar este apartado, consideramos que es necesario conocer cuando comienza el desarrollo de todos estos síntomas en los niños con TEA y lo que supone un adecuado y temprano diagnóstico. Si bien es verdad que la edad normal a partir de la cual comienzan los estudios de TEA en un niño es a los 18 meses, no existe una edad establecida a la que las personas con TEA

empiezan a desarrollar signos y síntomas de este trastorno. Esto es así dado que existen casos en los que los individuos lo hacen antes de los 18 meses, por lo que podemos deducir que el desarrollo y evolución de este trastorno está marcado por variaciones en los individuos. Esto supone que el diagnóstico de este trastorno sea complicado de establecer, pero no solo por este motivo. Como indica Doménica María Calderón Díaz en su TFG titulado “Propuesta de guía de alimentación para niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista del centro psicoeducativo integral ISAAC de la ciudad de Guayaquil”:

El diagnóstico de TEA puede ser complicado o difícil de identificar, puesto que no requiere exámenes médicos ni bioquímicos. El diagnóstico de este desorden debe evaluarse progresivamente, es decir, estudiando el comportamiento y desarrollo habitual del niño/a en un ambiente normal [...] (Calderón, 2017, p.14).

Además, no solo dificulta el diagnóstico precoz los dos aspectos mencionados anteriormente, sino también lo hace la salud del individuo en cuestión. La mayoría de los niños con TEA no presentan alteraciones físicas ni de salud hasta los 18 meses, por lo que el diagnóstico antes de esa edad resulta imposible en estos casos.

Llegados a este punto nos gustaría destacar la importancia que tiene un diagnóstico precoz en este trastornos dado que, si conseguimos detectar este trastorno a una edad temprana, el diagnóstico tendrá un resultado positivo y beneficioso en relación con el pronóstico del niño. De esta forma, si conseguimos que junto con este diagnóstico precoz se establezca una adecuada intervención temprana, el pronóstico del niños será todavía mejor y se podrán conseguir grandes logros en la mejora del comportamiento, las habilidades comunicativas y funcionales. Este pronóstico se puede conseguir de una forma temprana siempre y cuando, si el niño no tiene probabilidad de desarrollarlo debido a las características familiares, los padres o tutores del menor observen los comportamientos de sus hijos y estén informados de lo que deberían conseguir hacer a cada tiempo. En el caso en el que los niños tengan probabilidad de poder desarrollar dicho trastorno, será necesario que se siga una evolución por parte

de un experto desde los primeros meses de vida. Una vez más, con todo esto apelamos a la necesidad de estar informados, conocer y saber acerca de este trastorno tan ambiguo.

### **1.B. Bases cognitivas.**

Las continuas investigaciones y trabajos en torno a las bases cognitivas del TEA nos permiten, actualmente, tener una mayor comprensión y conocimiento psicológico de las dificultades que tienen estas personas. Para poder entender de una forma adecuada las características psicológicas que constituyen el perfil de TEA, es preciso que conozcamos primero que dichas personas poseen una serie de funciones superiores alteradas. Según J. Martos-Pérez en su artículo titulado “Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica”:

Estas funciones son en esencia las siguientes: las capacidades de comprender a las personas como sujetos dotados de mente, las destrezas intersubjetivas que permiten compartir estados internos, las funciones de comunicación y lenguaje, las competencias simbólicas y las pautas de acción flexible y significativa (Martos-Pérez, 2005, p. S177).

Como consecuencia, el desarrollo atípico de esas capacidades o funciones en comparación con los niños sin TEA en el período de 18 meses a 5 años da lugar a una dificultad de desarrollo de esas capacidades en otro momento de la vida. Esto último es así ya que es en ese preciso periodo de tiempo cuando se desarrollan competencias muy complejas como la simbolización o la relación con los demás. No existen todavía evidencias conocidas que expliquen por qué no desarrollan las personas con TEA esas capacidades, sin embargo, como explica J. Martos-Pérez (2005):

“[...] se relacionan con anomalías en el desarrollo de circuitos límbicos, cerebelares y/o de áreas temporales y frontales del neocórtex [...]. No obstante, es preciso aclarar que existen personas que desarrollan estas capacidades, pero lo hacen de forma anómala (Martos-Pérez, 2005, p. S177).

Profundizando más en el desarrollo y construcción de esas funciones superiores básicas, consideramos importante destacar que estas necesitan de unos

procesos previos del desarrollo de la intersubjetividad. En el caso de las personas con TEA, no existe el desarrollo de esos procesos y, por lo tanto, no hay una construcción de las funciones superiores básicas. Por esta razón y como indica J. Martos-Pérez (2005):

“[...] el autismo va a implicar siempre una alteración, mayor o menor, de doce aspectos del desarrollo: las destrezas de relación, acción y atención conjunta, teoría de la mente, comunicación, lenguaje expresivo y receptivo, anticipación, flexibilidad, asignación de sentido a la acción, imaginación, imitación y suspensión (Martos-Pérez, 2005, p. S177).

De esta forma, podemos empezar a tener una comprensión más profunda de este trastorno complejo y entender qué sienten y cómo viven las personas con TEA en el mundo día a día. Sin embargo, consideramos preciso destacar una serie de implicaciones psicológicas existentes en las personas con TEA y que, bajo nuestro punto de vista, son las que de verdad nos van a permitir comprender a las personas con este trastorno de una forma más profunda. Estas implicaciones son las siguientes: las implicaciones de la teoría de la mente, las implicaciones del afecto, las implicaciones de la función ejecutiva y las implicaciones del autismo ‘desde dentro’.

#### 1.B.1 Teoría de la mente.

En primer lugar, como desarrolla Baron-Cohen en sus diferentes trabajos de los estados mentales independientes:

Una teoría de la mente nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social. Podríamos predecir que si a una persona le faltara una teoría de la mente, es decir, si una persona estuviera ciega ante la existencia de estados mentales, el mundo social le parecería caótico [...] (Baron-Cohen S., 1985, p.37-46).

Como consecuencia, cuando una persona no tiene esa teoría de la mente, como ocurre en las personas con TEA, todo lo que ocurre a su alrededor es incomprensible para ellos, lo que da lugar a un aislamiento social, incluso a un temor a cualquier contacto con el mundo social. Además, en el caso de que estas personas no se apartasen de la interacción social, esta sería vacía contenido, de

tal forma que las personas con TEA tratan a las personas como objetos inanimados. Las constantes conductas que realizan estas personas y que para nosotros son extrañas, las podemos entender si tenemos en cuenta que ellos no poseen de esta teoría de la mente como nosotros. Con todo ello, consideramos importante hacer conscientes a las personas que trabajan o se relacionan con personas con TEA, de la realidad que afrontan ellos en su vida diaria, sintiéndose personas extrañas en un mundo social que no es para ellos. Es necesario, que esto se haga visible para poder establecer unos lazos comunicativos eficientes con estas personas y hacerles sentirse un poco más humanos en este mundo tan incierto para ellos. Esto último podemos conseguirlo a través de un enfoque educativo constructivo, es decir, estas personas poseen ciertas habilidades que se pueden desarrollar para compensar esos déficits que poseen. Con dichas habilidades, podemos ir presentando de una forma constructiva y muy poco a poco, el mundo social incomprensible a la persona con TEA, anticipándoles las situaciones, enseñándoles constructos sociales, etc. Todo ello con el único objetivo de hacerles conscientes de la realidad existente de los estados mentales que son invisibles para ellos.

#### 1.B.2.Emociones.

En segundo lugar, las implicaciones del afecto tienen también un gran papel en el mundo social en el que nos relacionamos. Esta implicación está relacionada con la teoría de la mente ya que como afirman Hobson y Trevarthen:

[...] la ausencia de una teoría de la mente en el autismo es el resultado de un déficit más básico, un déficit emocional primario en la relación interpersonal. Dicho déficit podría hacer que el niño no recibiera las experiencias sociales necesarias en la infancia y la niñez para desarrollar las estructuras cognitivas de la comprensión social. (Martos-Pérez, 2005, p. S177-S180).

De esta forma, sin una teoría de la mente resulta imposible que la persona con TEA desarrolle una comprensión emocional de las personas. Cuando una persona identifica las actitudes de los otros y utiliza la imitación, quiere decir que tiene la capacidad de acceder a la mente del otro y por lo tanto de reconocer sus



emociones y sus actuaciones sociales. Como hemos visto anteriormente, las personas con TEA tienen dificultades para entender los estímulos afectivos, lo que establece una relación directa entre este trastorno y las implicaciones de la mente y afectivas.

Así mismo, al igual que es imprescindible ayudar al niño con TEA a construir un mundo social comprensible, es necesario establecer un ambiente adecuado para que estos niños aprendan a reconocer ciertos estímulos afectivos. Con todo esto, conseguiremos promover una educación adecuada para ellos, respetando sus deseos y dificultades, y ayudándoles a mejorar su comunicación con el mundo social.

### 1.B.3 Función ejecutiva.

En tercer lugar, las implicaciones de la función ejecutiva también tienen una gran relación con el Trastorno de Espectro Autista. La función ejecutiva según J. Martos-Pérez (2005) es:

Ha sido definida como la habilidad para mantener un conjunto apropiado de estrategias de solución de problemas para alcanzar una meta futura [...] (Martos-Pérez, 2005, p. S179).

En ese conjunto de estrategias o conductas de la función ejecutiva se incluyen las siguientes: “la planificación, el control de impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento y acción” (Martos-Pérez, 2005, p. S179). Todas estas conductas y habilidades están mediadas por los lóbulos frontales, lo que conlleva a que una persona con problemas en dichos lóbulos mostrará dificultades en la función ejecutiva.

Las similitudes que se establecen entre el déficit de función ejecutiva y el TEA tienen que ver con un nivel conductual y descriptivo. De esta forma, podemos observar que en ambos casos existen dificultades para: focalizarse en detalles aislados, realizar movimiento repetitivos, poca capacidad de planificación, inflexibilidad ante los cambios, intereses limitados, etc. Todo ello perteneciente a las características propias de una persona con TEA, como he mencionado anteriormente. En definitiva, todas estas implicaciones explican y profundizan en el perfil característico de los mismos, permitiéndonos de esta forma conocer a

estas personas a nivel psicológico, dado que existen grandes dificultades para comprender el TEA sin los relatos de las personas con experiencia.

#### 1.B.4 El autismo 'desde dentro'.

Relacionado con esto último, creo preciso, resaltar la importancia de las últimas implicaciones que he mencionado al principio. Estas implicaciones son las del autismo 'desde dentro'. Bajo nuestro punto de vista, aunque sin quitar importancia a los estudios e investigaciones del resto de las implicaciones, creemos que esta es la implicación que más importancia debería de tener a la hora de tratar de dar una explicación psicológica al Trastorno de Espectro Autismo o al autismo en sí. Esto es así dado que, aun con la escasez de relatos de su vida de personas con autismo o TEA, esta es la principal fuente de información para poder entender qué es lo que viven y sienten en esas personas en su realidad. Está claro que a través de diferentes estudios e investigaciones podemos encontrar y entender una gran parte de esas dificultades y limitaciones propias de este perfil de personas, sin embargo, el relato de una vida con estas características es una fuente de más información. Actualmente, gracias a los relatos de personas con autismo o TEA, somos capaces de arrojar un poco más de luz a ese mundo que para nosotros es tan opaco. Deberíamos sentirnos afortunados de que existan personas que nos dejen tener acceso a esa información tan privilegiada dado el esfuerzo que esto supone para ellos. Todo esto supone una ayuda para crear estrategias que nos permitan impartir una educación y tratamiento eficaces en las personas con este trastorno.

Hoy en día el TEA o el autismo no tienen una cura como tal, sin embargo, debido al gran desarrollo terapéutico de este trastorno, las personas con TEA pueden mejorar sus experiencias de una forma más flexible, placentera y equilibrada con el mundo social y humano.

## **2. La importancia de la dieta.**

### **2.A. Características de una dieta saludable.**

La dieta tiene un papel esencial en nuestras vidas dado que esta es la que nos proporciona los nutrientes y energía necesarios para poder desarrollarnos correctamente desde una temprana edad. En este sentido, consideramos que

tanto las personas con algún trastorno alimenticio, como el resto de los seres humanos, deben aprender y llevar una dieta saludable para tener un buen funcionamiento del organismo y evitar problemas de malnutrición.

Para poder entender de una forma más concisa la importancia que la dieta tiene en nuestra salud física y mental, es necesario conocer primero las características de una dieta saludable. Diversos estudios han reflejado que la dieta que aporta un mejor beneficio para la salud, tanto como para adelgazar, engordar o mantener un peso estable, es la dieta mediterránea. Esto es así debido a la prevención que supone esta dieta en los posibles problemas de salud que nos encontramos cuando no llevamos una dieta adecuada. Algunas de las consecuencias de la insalubridad son: problemas cardiovasculares, diabetes mellitus, la enfermedad coronaria o diferentes tipos de cánceres.

De esta forma, como refleja Estruch (2013) en su artículo “Qué nos ha enseñado y qué nos queda por aprender del estudio PREDIMED”, todos los problemas o consecuencias anteriores se podrían ver reducidos siempre y cuando la sociedad siguiera y retomase un estilo de vida y una alimentación saludable, como lo es la dieta mediterránea.

Antes de conocer las características de dicha dieta, consideramos que primero es necesario definir qué es una alimentación sana y qué es la dieta mediterránea. Conocer de una forma concisa y clara ambas definiciones nos va a dar lugar a tener una visión unificada de ambos conceptos. Esto último nos permite darnos cuenta de que a través de una dieta mediterránea se puede llevar un estilo de vida saludable, por lo que una cosa depende de la otra.

En este sentido, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2020):

[...] la alimentación saludable es aquella que proporciona los nutrientes que el cuerpo necesita para mantener el buen funcionamiento del organismo, conservar o restablecer la salud, minimizar el riesgo de enfermedades, garantizar la reproducción, gestación, lactancia, desarrollo y crecimiento adecuado. Para lograrlo, es necesario el consumo diario de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, leche, carnes, aves y

pescado y aceite vegetal en cantidades adecuadas y variadas. Si lo hacemos así, estamos diciendo que tenemos una alimentación saludable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Mientras que, la UNESCO (como se cita en Sanz) expone que:

[...] la dieta mediterránea es un conjunto de competencias, conocimientos, prácticas y tradiciones relacionadas con la alimentación humana, que van desde la tierra a la mesa, abarcando los cultivos, las cosechas y la pesca, así como la conservación, transformación y preparación de los alimentos y, en particular, el consumo de éstos.

Los ingredientes principales de esta dieta son: "el aceite de oliva, los cereales, las frutas y verduras frescas o secas, una proporción moderada de carne, pescado y productos lácteos, y abundantes condimentos y especias, cuyo consumo en la mesa se acompaña de vino o infusiones, respetando siempre las creencias de cada comunidad."

Si analizamos ambas definiciones, podemos observar cómo dentro de una alimentación sana es necesario consumir una serie de alimentos diarios, los cuales están incluidos dentro de la dieta mediterránea. Además, sin estar explícito en la definición anterior, para poder mantener una alimentación saludable es necesario reducir la ingesta de azúcares, grasas procesadas y todos aquellos alimentos hipercalóricos que son tan dañinos y que tanto nos gustan actualmente. Por todo ello, la dieta mediterránea es la que mejor se adecua a una alimentación sana y la que cumple los requisitos necesarios para mantener un estilo de vida saludable.

En cuanto a las características de una dieta saludable, en primer lugar, debemos exponer que la composición de una alimentación sana no es igual para todas las personas dado que esta depende de diferentes factores. La OMS expone que las características que debemos tener en cuenta en la composición de una alimentación sana son: las características personales de cada individuo (edad, actividad física que se realiza, sexo y hábitos de vida relacionados con la salud), los alimentos de los que se dispone, los hábitos alimentarios y el contexto cultural

en el que se desarrolla esa persona. Además, dependiendo de la persona, es necesaria la ingesta de una cantidad determinada de alimentos, así como debido a diferentes intolerancias, alergias o trastornos alimenticios no todo el mundo puede comer el mismo tipo de alimentos.

En segundo lugar, aun teniendo en cuenta que la composición no es la misma para todas las personas, tanto la alimentación sana como la dieta mediterránea comparten una serie de alimentos que son necesarios para obtener los nutrientes y el valor energético necesario. Es importante destacar que no solo existe un tipo de dieta mediterránea ya que como he remarcado en varias ocasiones, las dietas se crean y adaptan al tipo de persona y entorno en el que se desarrolla.

Como expone Estruch (2013) en su artículo “Qué nos ha enseñado y qué nos queda por aprender del estudio PREDIMED”, las principales características de una dieta mediterránea son:

- a) un alto consumo de grasas, principalmente en forma de aceite de oliva;
- b) un consumo elevado de cereales no refinados, fruta, verdura, legumbres y frutos secos; c) un consumo moderado-alto de pescado; d) un consumo moderado-bajo de carne blanca (aves y conejo) y productos lácteos, principalmente en forma de yogur o queso fresco; e) un bajo consumo de carne roja y productos derivados de la carne, y f) un consumo moderado de vino con las comidas (Estruch, 2013, p.82).

Para poder entender de una mejor forma qué tipo de alimentos debemos consumir y qué cantidades exactas son necesarias para mantener una dieta saludable y equilibrada se utiliza la pirámide alimenticia, también llamada pirámide nutricional. Dicha pirámide representa mediante un gráfico muy visual y conciso los diferentes alimentos que debemos consumir diariamente para llevar una alimentación saludable y mantener un buen estado de salud.

## Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta

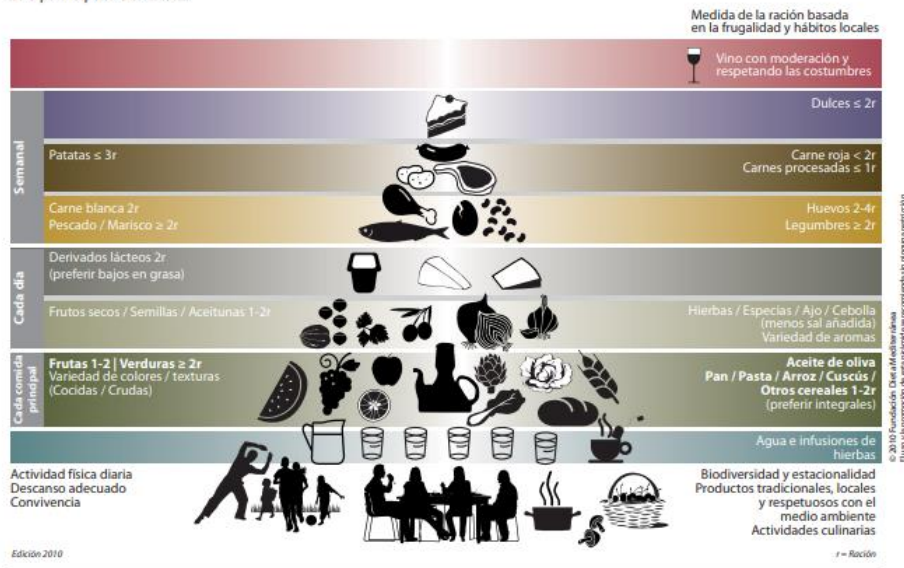


Imagen 1. Pirámide de la dieta mediterránea creada por la Fundación de la Dieta Mediterránea de Barcelona (2010).

Es preciso aclarar antes de pasar a analizar la pirámide anterior, que la pirámide nutricional creada por la OMS y la pirámide de la dieta mediterránea están compuestas por la misma cantidad de alimentos y la situación correspondiente en el dibujo de la foto 1.

En primer lugar, debemos destacar la importancia de esta pirámide en la educación desde una temprana edad. Cuanto antes consigamos educar a nuestros hijos/as o alumnos/as en una dieta saludable, antes conseguiremos que esta herramienta de educación y promoción de la salud tenga un sentido positivo en nuestras vidas. Como he mencionado anteriormente, podríamos cambiar los estilos de vida que actualmente están más latentes en nuestra sociedad si conseguimos educar a la población en salud y bienestar. Llegados a este punto, me gustaría reflexionar acerca de la importancia que se le da a esta cuestión en las aulas de los centros escolares hoy en día. Bajo mi punto de vista y experiencia en diferentes aulas y centros considero que la implicación en este

tema es bastante escasa, salvo en aquellos niños/as que tienen algún problema grave de alimentación y salud. Me gustaría poder dar visibilidad a dicha cuestión, con el único objetivo de inculcar tanto a familias como a alumnos/as unos estilos de vida saludable que no solo se centren en una dieta adecuada, sino también en la promoción de actividad física diaria, un descanso adecuado y una convivencia positiva.

¿Cómo vamos a promover una alimentación y estilo de vida saludable si nosotros mismos ni lo llevamos a cabo ni le damos importancia?

En segundo lugar, la interpretación que debemos dar a esta pirámide va de forma ascendente, empezando por la base de esta. Si nos fijamos en la foto 1, los alimentos que componen la base de la pirámide son los que más peso deben tener en nuestra alimentación diaria, así como de forma gradual, ir reduciendo la ingesta de aquellos alimentos que se sitúan en la parte superior de la pirámide y que por lo tanto no son saludables.

Con todos los aspectos anteriores podemos tener una noción básica de qué es una dieta saludable y cuáles son las características de esta, así como saber llevar y mantener un estilo de vida saludable que proporcione beneficios a nuestra salud física y mental.

## **2.B. La relación de la dieta con la salud.**

Un estilo de vida saludable tiene una repercusión positiva y un beneficio directo tanto en nuestra salud mental como en nuestra salud física. Como hemos visto anteriormente, las dietas contribuyen a prevenir todos los tipos de malnutrición y diversas enfermedades crónicas, así como posibles trastornos. Todo esto afecta a nuestra salud física y por lo tanto a nuestro cuerpo y nuestro día a día.

Según Estruch (2013) en su artículo “Qué nos ha enseñado y qué nos queda por aprender del estudio PREDIMED”:

[...] las enfermedades crónicas son responsables de más del 40% de las muertes en los países desarrollados (Estruch, 2013, p. 82).

Este porcentaje de muertes es muy alto teniendo en cuenta que la mayor parte pueden ser prevenidas con medidas higiénicas y dietéticas.

Antes de seguir explicando la relación positiva que tiene la dieta en la salud física consideramos necesario aclarar qué son estas medidas higiénicas y dietéticas y para qué sirven. Las medidas higiénicas y dietéticas son un conjunto de actuaciones relacionados con el consumo de ciertos alimentos y bebidas, así como la práctica de diferentes tipos de actividades físicas que nos permiten prevenir o incluso ser un primer paso en el tratamiento de muchas enfermedades. Aunque esto suene coherente, la realidad que nos presenta Estruch (2013) sobre España es muy diferente dado que expone como la mayor parte de las medidas que se toman para prevenir o tratar dichas enfermedades se basan en el uso de fármacos, obviando de esta forma las medidas que se pueden considerar como más saludables. Una vez más, llegamos al punto en el que anteponeamos fomentar una educación y estilos de vida saludable desde una temprana edad, ante el consumismo y capitalismo.

El uso abundante de dichos fármacos, aunque supone en la gran mayoría de casos una solución al posible problema de salud, tiene un efecto negativo a largo plazo en el cuerpo y por lo tanto en nuestro estado de salud. De la misma forma, el consumismo y sobreproducción de alimentos procesados, así como los cambios de estilos de vida actuales, son los que producen y ayudan a elevar el número de enfermedades o problemas de salud, así como los respectivos fallecimientos que ocurren. De forma generalizada, la gente consume muchos más alimentos que contienen una gran cantidad de grasas, sal o sodio, azúcares libres o alimentos hipercalóricos, dejando de lado aquellos alimentos que componen la base de la pirámide nutricional y que más peso deben tener en nuestra alimentación diaria.

En este sentido, queremos destacar, una vez más, la importancia de la promoción educativa de la salud y de estilos de vida saludables. Con un conocimiento básico de medidas higiénico-dietéticas podemos conseguir disminuir el elevado gasto sanitario que España tiene, así como los posibles efectos secundarios o adversos que tienen los fármacos en nuestra salud y el elevado número de muertes por enfermedades crónicas derivadas de la mala salud.



En relación con las personas a las que va dirigida el presente trabajo, todas las actuaciones anteriores producirían un cambio positivo en su estado de salud, así como en sus hábitos alimenticios. Debemos de tener en cuenta ante todo que la alimentación saludable en estas personas es más difícil debido a sus características físicas y personales, pero no es imposible. Esto una vez más nos hace destacar la importancia del conocimiento en las familias y en los alumnos/as de un estilo de vida saludable. Esta cuestión será abordada en los siguientes puntos.

Abordando la relación de la dieta con la salud mental, debemos destacar que esta es totalmente positiva y que tiene múltiples beneficios personales y sociales.

A nivel personal, como afirma Suzzane Dickson (como se citó en Rodríguez, 2020) en su estudio dirigido y publicado en la revista *European Neuropsychopharmacology* bajo el título *Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat*:

Hemos encontrado que existe una creciente evidencia de un vínculo entre una dieta pobre y el empeoramiento de los trastornos del estado de ánimo, incluida la ansiedad y la depresión [...].

Además, como la doctora menciona a lo largo del estudio, no solo existe una evidencia para trastornos del estado de ánimo, sino que han demostrado que, una dieta cetogénica puede suponer una ayuda para aquellos niños con epilepsia, así como una dieta mediterránea puede tener efectos positivos de protección para la salud mental. De esta forma, podemos observar cómo una dieta saludable y una actividad física diaria suponen un remedio para posibles trastornos relacionados con nuestra salud mental. No obstante, creo preciso destacar que, en este mismo estudio, los investigadores reflejan que existen muchos alimentos o suplementos que no tiene una repercusión del todo fiable en el beneficio positivo de la dieta en la salud mental. Un ejemplo de esto se encuentra en los suplementos de vitamina D que se utilizan para personas con TDAH o autismo. Los resultados a la respuesta de este alimento son muy variados en la salud mental de las personas debido a las diversas condiciones individuales. Con todo esto, podemos concluir y afirmar que existe gran evidencia

de que los alimentos suponen un efecto positivo o negativo en nuestro estado de salud mental y que por ello sea imprescindible llevar una estilo de vida saludable, sin embargo, como menciona la doctora en el estudio mencionado, los estudios relativos a este aspecto son escasos y por lo tanto es necesario aumentar las futuras investigaciones en relación con la psiquiatría nutricional.

Por último, para concluir este apartado, nos gustaría hablar de otra relación que existe entre la dieta y la salud. Esta relación supone un desarrollo a nivel personal y social, por lo que es necesario que se establezca de manera positiva.

La ingesta de alimentos no implica solo realizar una función vital como supone alimentarse, sino que también significa cultura, raza, identidad y relaciones sociales. De esta forma, dicha relación aporta un sentido directo entre dieta y salud. Esto es así dado que, dependiendo de la zona cultural, del país o de la raza se sigue un tipo de alimentación u otro y por lo tanto diferentes tipos de dietas. Como hemos mencionado anteriormente no existe solo un tipo de dieta, sino que se trata de ingerir unas cantidades y proporciones adecuadas que son compartidas por la mayoría de los países tal y como lo establece la OMS.

Además, la dieta tiene un impacto en nuestra salud en relación con la interacción social. Cuando se celebran fiestas, comidas o cenas con amigos, con familiares o incluso con gente nueva a conocer, la ingesta de alimentos nos supone un momento de relajación y disfrute acompañado de personas. Esto supone trabajar la interacción social en diferentes contextos y por lo tanto un beneficio para nuestra salud mental.

En definitiva, la dieta tiene una repercusión directa y positiva en nuestra salud, siempre y cuando se ingieran alimentos que nos permitan tener unas hábitos saludables. La alimentación es mucho más que eso y debemos enseñar a nuestros alumnos con trastornos alimenticios el significado tan importante que esta tiene para nuestra salud física y mental, así como nuestro desarrollo personal y social.

Empecemos a establecer en las escuelas tiempos para enseñar a nuestros alumnos hábitos alimenticios saludables, interacciones sociales con nuestros

compañeros/as del centro que nos permitan desarrollarnos de una forma adecuada tanto física como mentalmente.

### **3. Dieta en los TEA.**

#### **3.A. Patrones dietéticos y alimentarios.**

Un gran número de personas con trastorno del espectro autista (TEA) tienen una alimentación inadecuada o incluso desarrollan algún trastorno alimentario a lo largo de su vida. Dichos trastornos de la alimentación están identificados en el DSM-V y el CIE-10, sin embargo, como expresa Kezner et al (2015):

Las clasificaciones de estos trastornos se remontan a la década de 1980 y tienden a reflejar la disciplina de los autores, careciendo a menudo de una nomenclatura convenida previamente. Aquellas de la comunidad médica pediátrica generalmente se enfocan en condiciones orgánicas bien definidas, pero no enfatizan en un enfoque sistemático de los problemas conductuales (Kerzner et al., 2015, p.344).

Llegados a este punto, nos gustaría reflejar y hacer reflexionar sobre dos aspectos que podemos deducir de dichas clasificaciones. En primer lugar, y como hemos mencionado en varias ocasiones a lo largo del presente trabajo, la investigación y el estudio de la alimentación en personas con TEA es muy escaso, ya que como refleja Kezner, las clasificaciones de los trastornos alimenticios son de la década de 1980. Por otro lado, una vez más, nos centramos en aquellos puntos que caracterizan a las personas con TEA que no suponen una ayuda para ellos. Con esto queremos decir que no existe un desarrollo y una evaluación precisa y específica para cada individuo, sino que a la hora de intervenir en una persona con dicho trastorno tan solo tenemos en cuenta los patrones que se reflejan en los manuales, dejando de lado aquello que realmente les beneficia y les hace sentirse mejor.

Con todo esto comenzamos a desarrollar el presente punto, con el único fin de conocer un poco más sobre la alimentación de las personas con TEA, así como las dificultades que estas puedan experimentar y las posibles soluciones que beneficien la salud y la nutrición de estas. Diversos estudios han demostrado

que existe una gran cantidad de personas con trastornos del espectro autista que desarrollan algún tipo de trastorno alimenticio en diferentes grados, desde severos hasta muy graves. A pesar de que existen una gran cantidad de casos de personas con trastornos alimenticios, como demuestra Sanz (2018) en su trabajo de fin de máster titulado “Programa de intervención conductual en alimentación para TEA de bajo funcionamiento”:

[...] a pesar de la prevalencia y de la gravedad de muchas de las situaciones, es escasa la bibliografía que vaya más allá del trabajo acerca de la adquisición de hábitos de autonomía y de higiene en las horas de las comidas. (Sanz, 2018, p. 5).

Bajo esta declaración, podemos afirmar lo explicado a lo largo del presente trabajo acerca de la escasez de investigación y profundización en los trastornos alimenticios en personas con TEA, así como confirmar las intervenciones inadecuadas que se les hace a estas personas. En este caso, la intervención en la alimentación debe de ser mucho más específica e individual para cada individuo, sin embargo, tan solo nos centramos en que sepan comer solos o ponerse la mesa, por ejemplo. Con esto no queremos decir que dichos hábitos de autonomía e higiene no sean importantes, pues son una parte óptima de todo el proceso de alimentación. No obstante, la intervención inadecuada en relación con la alimentación de estas personas no solo se centra en un enfoque inadecuado, sino también en la atención que se presta al problema en cuestión. Los estudios realizados en cuanto a los trastornos alimenticios en personas con TEA se han centrado en las primeras etapas de la infancia, teniendo un gran enfoque pediátrico. Dicho enfoque ha causado un gran problema. Así lo expresa Goldschmidt (2018) en su artículo titulado “Una amplia visión: alimentación desordenada en el espectro del autismo”:

En consecuencia, ahora está surgiendo un consenso de que durante demasiado tiempo la cohorte de adultos ha sido descuidada, impidiendo una comprensión completa de los patrones relacionados con la salud (incluidos los trastornos de la alimentación) durante la edad adulta (Goldschmidt, 2018, p. 1).

Este conjunto de factores, entre los que se incluye la escasez de literatura o investigación, la mala práctica en relación con la intervención y la exclusión de la etapa adulta, dan lugar a grandes dificultades para poder establecer una atención adecuada y una ayuda verdaderamente significativa a todas aquellas personas que sufren estos problemas alimenticios. A continuación, una vez conocido el estado actual del hecho en cuestión, comenzamos a desarrollar y arrojar luz sobre los problemas o dificultades alimenticias que tienen las personas con TEA en su vida diaria, así como las características de estas y las causas de ello.

### 3.A.1 Principales dificultades frente a la alimentación.

En primer lugar, antes de desarrollar las principales dificultades que encuentran estas personas en la alimentación, consideramos necesario dar a conocer la relación directa que existe entre los problemas conductuales y los hábitos alimentarios de las personas con TEA. Estas cuestiones tienen que ver sobre todo con la rigidez e inflexibilidad propia de este trastorno. De esta forma, el cambio de alimentos consumidos habitualmente, así como de los espacios y horarios dan lugar a problemas de conducta. Además, la actitud del niño ante dichas modificaciones tiene un papel fundamental en los hábitos alimenticios, lo que dificulta aún más la ingesta de alimentos que salgan de aquellos patrones a los que están acostumbrados. Todas estas dificultades que derivan en problemas conductuales se ven exponencialmente agravadas debido a la incompreensión, por parte de padres y educadores, del motivo por el que estas personas no comen. Así lo expresa Ventoso (2000) en su artículo “Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo”:

Los padres y educadores no suelen comprender el porqué de este rechazo y, con frecuencia, la única alternativa válida que encuentran es forzar al niño a comer, con lo cual se asocia (condicionamiento clásico) la ingesta de comidas nuevas, o todo el complejo estimular que compone la situación de comidas, a estados emocionales negativos y que el niño rechaza (Ventoso, 2000, p.3).

Ante estas situaciones negativas de obligación e imposición frente a la comida surgen los principales problemas o dificultades que experimentan las personas con TEA. Como expresan Siles, Lorente, Pineda, Fernández-Cao y Arija (2017) en su artículo titulado “Selectividad alimentaria en los trastornos del espectro autista: una revisión sistemática”:

Las dificultades frente a la alimentación, según Marshall J et al., 2014, incluyen la neofobia extrema de alimentos, la variedad restringida y la selectividad alimentaria según la textura. [...] otros problemas como por ejemplo presencia de rabietas, levantarse de la mesa frecuentemente y lanzar alimentos durante las comidas. No obstante, la característica más común es la selectividad alimentaria (Siles, Lorente, Pineda, Fernández-Cao y Arija, 2017, p. 14).

Todas estas situaciones, dan lugar a momentos que afectan de forma negativa tanto a la salud de la persona con TEA como a la tarea de comer. En la mayor parte de casos, el resultado que se obtiene de todo lo anterior son situaciones de ansiedad y con ello el denominado “estado de miedo sostenido” definido por Hartley y Phelps (2013). Este estado, en palabras de Sanz (2018), significa que:

El miedo se apodera del sujeto y la reacción ansiosa es tal que impide el normal funcionamiento. Las creencias irracionales sobre los alimentos bloquean la aceptación del individuo y este restringe el grupo de alimentos a un número muy limitado, llegándose a producir un déficit de nutrientes y vitaminas que son contrarias a los principios básicos de los hábitos saludables. (Sanz, 2018. p. 6).

Con todo esto, podemos deducir que la obligatoriedad y el forzamiento de la comida es totalmente contraproducente para poder mejorar la alimentación de las personas en general, no solo las que padecen dicho trastorno. Además, todas esas situaciones mencionadas anteriormente, así como la respuesta ansiosa por parte de la persona con TEA, dan lugar a situaciones traumáticas sobre esas creencias irracionales. Los cambios en los problemas de alimentación deben darse desde una intervención adecuada que comience por el trabajo y mejoramiento de las principales características de los TEA, dado que el trabajo

de esas creencias irracionales, con el fin de eliminarlas, es más difícil cuando no existe lenguaje o no hay capacidad para mantener una secuencia argumental de los pensamientos. La especialización e investigación de la alimentación de los TEA es cada día más necesaria dado que, según Kodak y Piazza (2008), el 90% de los niños y niñas con TEA tienen algún desorden alimenticio.

### 3.A.2 Categorías de una alimentación desordenada.

Dentro de todos los desórdenes que podemos encontrar en la alimentación de personas con trastorno del espectro autista, Goldschmit (2018) establece cuatro categorías que nos van a permitir tener una visión más amplia de los patrones alimenticios de estos:

#### *1. Rigidez conductual.*

La primera categoría establecida por el autor tiene una relación directa con el comportamiento conductual descrito anteriormente, así como la rigidez e inflexibilidad que manifiestan las personas con TEA. Los problemas conductuales inciden directamente en la alimentación, dado que estos son muy frecuentes desde la primera edad. Estas conductas dan lugar a déficits en la autorregulación y por lo tanto a un consumo de alimentos restringido, existiendo una gran dependencia por alimentos de ciertas clases o marcas específicas. Dentro de esta categoría y como especifica Goldschmit (2018), los comportamientos que se dan en relación con la alimentación son:

- Rechazar ciertos alimentos.
- Antojos de alimentos.
- Dieta limitada.

Al tratarse de un rasgo característico del perfil TEA y como resalta el autor, el comportamiento más importante dentro de esta categoría dado que es el núcleo de todo el desorden alimenticio que puede experimentar una persona con TEA, consideramos que es de gran importancia establecer una actuación desde los primeros meses de vida en este aspecto, ya que, aunque no sea un problema de salud como tal, este sí que crea secuelas al limitar los patrones alimenticios y mantener dietas rígidas. Por ello, como destaca Calderón (2017):

Por lo cual, se debe crear ambientes de intervención adecuada, no solo en el hogar, sino con los profesionales y centros de atención a los que asista el infante (Calderón, 2017, p. 26).

Además, consideramos que esa intervención que menciona Calderón (2017) debe realizarse de la forma más precoz posible, lo que implica un estudio y una participación tanto por parte de los padres como por parte de los médicos encargados. Ante esto, queremos hacer conscientes a todos los públicos la importancia acerca de estar informados y conocer este trastorno, ya que en muchas ocasiones los padres no son conscientes del problema que su hijo está desarrollando hasta una edad avanzada. No obstante, nos gustaría destacar, que, con la ayuda de diferentes asociaciones y especialistas, entre los que nos incluimos, este perfil de personas es cada vez más visible, aunque nos quede mucho por aprender.

## 2. *Anormalidades sensoriales.*

Esta segunda categoría afecta a los sentidos de las personas (la audición, la visión, el tacto y el olfato) y dan lugar al desarrollo de problemas en el procesamiento sensorial. Antes de comenzar a desarrollar esta categoría, es preciso aclarar, que existe una investigación limitada referente a esto, sin embargo, los resultados obtenidos muestran indicios de que las alteraciones sensoriales son las causantes en muchas ocasiones de los desórdenes alimenticios. Estos problemas afectan de forma directa y negativa a la alimentación, tanto en los hábitos alimenticios como en la selección de estos. Así, a través de la investigación realizada se ha podido comprobar que las sensibilidades táctiles tempranas y un deterioro en el olfato provocan la ingesta de alimentos específica. Como indica Goldschmit (2018), todo esto se puede entender mejor a través de autobiografías de personas con TEA, como por ejemplo Stephen Shore, quien expresaba que:

Comida marrón o negra no las comía, ya que insistía en que eran venenosas. Los espárragos enlatados eran intolerables debido a su textura viscosa y no comí tomates durante un año después de que



un tomate cherry se rompiera en mi boca mientras lo estaba comiendo. La estimulación sensorial de tener esa pequeña pieza de fruta explotando en mi boca era demasiado para soportar y no iba a correr ningún riesgo de que eso vuelva a suceder (Goldschmit, 2018, p. 2).

A través de estas declaraciones podemos comprender hasta dónde llega el límite sensorial de estas personas, provocándoles tales desagradables la simple textura de un tomate cherry al explotar en su boca. Además, como demuestra Stephen Shore al principio de la declaración, tenía creencias irracionales de que la comida marrón o negra era venenosa, lo que dificultaba la ingesta de ciertos alimentos. Gracias a estos patrones alimenticios podemos entender como el tamaño de la comida, la textura, el color, la forma o el sabor, son factores que limitan la alimentación de esta población. Las personas con autismo no comen porque no quieren sino porque experimentan ciertas limitaciones que no son capaces de superar sin ayuda. Todos tenemos limitaciones o miedos que nos pueden causar un bloqueo, en este caso, el suyo es más específico y difícil de afrontar.

### 3. *Conductas con riesgos significativos para la salud.*

Esta categoría supone un conjunto de comportamientos muy dispares que necesitan de muchos recursos y de apoyo por parte del personal para manejarlos debido al riesgo para la salud que conforman.

Dentro de este grupo y como indica Goldschmit (2018), podemos encontrar tres principales comportamientos:

- Rumiación.
- Pica.
- Comportamientos contraproducentes a la hora de comer.

Para poder comprender mejor esta categoría, vamos a pasar a continuación a conocer de una forma más detallada los principales comportamientos de este grupo.

- Rumiación.

La rumiación es definida según Attia y Walsh (2018) en el Manual MSD como:

[...] es un trastorno alimentario caracterizado por la regurgitación de alimentos después de comer. La regurgitación puede ser voluntaria (Attia y Walsh, 2018).

Este trastorno es típico en todas las etapas de la vida, desde la lactancia hasta la vida adulta. Al considerarse un comportamiento social poco aceptado muchas personas tratan de evitarlo, dado que en la mayor parte de casos es un acto voluntario. Sin embargo, aun sabiendo que es un patrón social inadecuado, las personas con TEA que manifiestan dicho trastorno declaran que no son capaces de dejar de hacerlo. El presente trastorno alimentario, junto con la aspiración suponen un aumento significativo de la tasa de mortalidad. Además, a largo tiempo, da lugar a problemas de salud como la malnutrición, la hemorragia intestinal o la deshidratación. La intervención o tratamiento de este problema se centra en la ingesta de alimentos complementarios para acabar con la regurgitación combinado con el uso de estímulos preferidos por el sujeto.

- Pica.

La pica es definida como un trastorno alimenticio basado en la ingesta de sustancias no nutritivas. En las personas con TEA o discapacidad intelectual es habitual el consumo de las siguientes sustancias no nutritivas:

- Tierra.
- Espuma.
- Cigarrillos.
- Plásticos.
- Etc.

Existe una gran lista de productos dañinos que ingieren las personas con TEA, aunque en cada sujeto, este comportamiento se manifiesta de forma que solo se ingiere una clase de sustancia no nutritiva. Las causas de este

trastorno no han sido todavía encontradas, sin embargo, existen indicios de que los psicotrópicos y los anticonvulsivos que consumen las personas con TEA o discapacidad intelectual afectan significativamente al desarrollo de la pica. Además, la pica es considerada un comportamiento desafiante (CB en inglés) o como una psicopatología, y como explica Goldschmit (2018):

Los CB se consideran acciones culturalmente anormales que pueden poner en riesgo al individuo (o a quienes le rodean) o que son tan disruptivos que limitan el acceso a la comunidad. En su capacidad de afectar la calidad de vida, limitar la independencia y crear un aislamiento social, los CB se encuentran entre los aspectos más estudiados y uno de los más socialmente inaceptables del TEA (Goldschmit, 2018, p. 3).

Con todo esto, podemos deducir que los dos comportamientos descritos hasta ahora suponen un aislamiento social a las personas con TEA. Los patrones sociales establecidos por la sociedad limitan los actos de las personas y, por lo tanto, todo aquello que difiera de la norma. En el caso de estos dos trastornos alimentarios, los actos de estas personas considerados fuera de la norma, suponen un problema tanto para la salud como para la relación con los demás.

- Comportamientos contraproducentes a la hora de comer.

Como su propio nombre indica, estos comportamientos incluyen todas las acciones que salen de las habituales a la hora de comer como, por ejemplo, comer con las manos, levantarse de la mesa, etc. Este comportamiento tiene una gran relación con la conducta disruptiva que manifiestan en muchas ocasiones las personas con TEA, por lo que podemos entender y como hemos explicado a lo largo del presente punto, una conducta inadecuada provoca comportamientos alterados. La intervención en este caso, al tratarse de comportamientos aleatorios y variables dentro de cada sujeto, debe de ser individualizada, atendiendo

a los comportamientos habituales de la persona en estos horarios, así como las rutinas establecidas en cada momento.

#### 4. *Comportamientos alimentarios rápidos.*

Esta última categoría de los desórdenes alimenticios se basa en conductas que implican la ingesta de alimentos de una forma rápida e insalubre. Estos comportamientos tienen cierta relación con el trastorno por atracón. En palabras de Attia y Walsh (2018) en el Manual MSD dicho trastorno se define como:

El trastorno por atracón es un trastorno alimentario que se caracteriza por la ingesta repetida de cantidades inusuales de comida (atracción) acompañada de una sensación de pérdida de control durante el atracón y después de este. El atracón no va seguido de ningún intento de compensar el exceso de comida ingerida, como por ejemplo eliminando del organismo el exceso de comida ingerida (purga) (Attia y Walsh, 2018).

Las personas del espectro autista presentan conductas impulsivas a la hora de consumir aquellos alimentos por los que tienen preferencia, por lo que es necesario intervenir estas situaciones. La principal intervención que se lleva a cabo para controlar este trastorno se basa en la modulación de la velocidad a la hora de masticar los alimentos, así como el control de la ingesta de alimentos a lo largo del día.

#### 3.A.3 Selectividad alimentaria. Características.

Antes de comenzar a desarrollar y profundizar en el concepto de selectividad alimentaria consideramos necesario saber cuál es el origen de este patrón. Como bien hemos comentado anteriormente, ciertas personas con autismo tienen alteraciones sensoriales en relación con el gusto, el tacto u el olfato. Dichas alteraciones dan lugar a la hipersensibilidad y con ello a la selectividad por alimentos específicos. De este modo y como expresan Siles, Lorente, Pineda, Fernández-Cao y Arija (2017):

El término “selectividad alimentaria” se utiliza para referirse a la comida que rechazan, la escasa variedad y las ingestas restrictivas de algunos alimentos que se ingieren habitualmente, centrándose en la elección de

los alimentos según su composición nutricional (proteínas, hidratos de carbono, etc.) y/o aspectos sensoriales (textura, olor, sabor, etc.) (Siles, Lorente, Pineda, Fernández-Cao y Arijá, 2017, p. 14).

Las causas de dicho patrón alimenticio no son por el momento precisas, sin embargo, existen algunos indicios de que puede deberse a los siguientes problemas: intereses limitados y rigidez conductual, problemas gastrointestinales, funcionamiento sensorial incorrecto o dificultades oromotoras. A pesar de todo esto, lo que sí es preciso, son las características en las que se fijan las personas con TEA para seleccionar o rechazar los alimentos:

[...] se fijan en sus características sensoriales, tales como la textura/consistencia, sabor/olor, mezclas, marca y forma. Suelen escoger alimentos de elevada densidad energética y poco valor nutricional [...] Por el contrario, realizan un bajo consumo de verduras y frutas, así como de pescado y lácteos (Siles, Lorente, Pineda, Fernández-Cao y Arijá, 2017, p. 15).

Además, los alimentos que seleccionan suelen tener un aspecto neutro y opaco. Esto es así ya que como expresa Calderón (2017):

Estos alimentos se muestran como agradables, puesto que no reflejan colores llamativos, ni sabores extravagantes, además de que los sonidos no son muy frecuentes, puesto a que su textura es blanda, lo cual no activa la sensorialidad de la persona autista (Calderón, 2017, p. 26).

La selectividad alimentaria es la característica más común en los trastornos alimenticios y, por lo tanto, consideramos que es el núcleo del que derivan el resto de los desórdenes alimenticios en las personas con TEA. Por ello, para poder corregir y mejorar la ingesta de alimentos en este tipo de población, es necesario trabajar desde un principio esta selectividad alimentaria. La mejor alternativa para la mayoría de los casos es la ayuda de un profesional, así como el historial clínico y nutricional del sujeto en cuestión, empezando por descartar algún tipo de enfermedad que no le permita la ingesta de ciertos alimentos como pueden ser las intolerancias o las alergias. Diversos estudios han demostrado

que el mejor método para trabajar este problema es a través de un enfoque conductual, consiguiendo de esta forma mejorar el aprendizaje de conductas adaptativas de manera adecuada.

### **3.B. Posibles impactos sobre la salud.**

Los patrones dietéticos y alimentarios en las personas con TEA que desarrollan algún tipo de trastorno o desorden alimenticio no son adecuados y, por lo tanto, en algunos casos, pueden suponer un problema para la salud. Para comenzar el presente apartado nos gustaría, en primer lugar, dejar reflejado que a pesar del análisis de la revisión de la literatura que hemos realizado, bajo nuestro punto de vista, una dieta inadecuada supone siempre un impacto para la salud, sea cual sea el grado de afectación. De esta forma, diferentes estudios han demostrado que existe una gran diferencia de ingesta de nutrientes entre personas con TEA (con problemas alimenticios) y un niño con un desarrollo correcto. Esa diferencia se demuestra, sobre todo, en la ingesta de alimentos con una alta densidad energética y poco valor nutricional, lo que supone un riesgo nutricional en la salud de estas personas. Así lo demuestra Sanz (2018), durante su programa de intervención conductual en alimentación en una niña con TEA:

Actualmente parece estar sana, pero se hace necesaria la intervención para reducir el problema, ya que en el futuro puede agravarse la problemática hasta llegar a una situación de malnutrición y puede pasar a ser un problema grave de cara a la madurez. (Sanz, 2018, p. 13).

La malnutrición o los trastornos que desarrollan las personas con TEA suponen un problema para el desarrollo global de la persona, tanto físico, mental y biológico. Además, esta malnutrición, parece incoherente dada la situación actual en la que nos encontramos en España, siendo un país desarrollado en el que existen una gran calidad de vida y buen desarrollo industrial y socioeconómico. Sin embargo, aunque existe la probabilidad de que ocurra un caso de malnutrición en una persona con un trastorno alimenticio, Calderón (2017) expone en su trabajo que existen diferentes estudios que demuestran que los problemas de malnutrición o de enfermedades derivados de la alimentación tienen una repercusión baja en países del primer mundo. Por el contrario, en

países subdesarrollados la incidencia de enfermedades de origen alimentario es mucho más frecuente, dando lugar a problemas de salud como: bajo peso, anemia, retraso en el crecimiento, malabsorción de proteínas e infecciones gastrointestinales. No obstante, aunque la incidencia en nuestro país es baja, el riesgo existe y, por lo tanto, debemos actuar bajo ese pequeño porcentaje ya que esto supone un problema de salud, afectando sobre todo al desarrollo de la persona e incidiendo en órganos tan importantes como el cerebro.

Las diferentes teorías e investigaciones sobre el desorden alimenticio de las personas con TEA han encontrado un punto común en todos los casos sujetos a prueba. Este punto común supone un problema intestinal en dichas personas denominado “intestino que gotea”. Aor us (2019) define ese término como:

Conocida como permeabilidad intestinal o “intestino que gotea”, esta pérdida de integridad de la pared gastrointestinal es un estado anormal en el que las sustancias que normalmente no atraviesan la pared intestinal se filtran a la sangre y causan efectos potencialmente dañinos. (Aor us, 2019).

Esta pérdida de pared intestinal está causada por muchas razones, pero sobre todo por: pesticidas, antibióticos, colorantes, antiinflamatorios, aditivos químicos, hormonas, etc. Además, los principales síntomas que derivan de esa pérdida de pared intestinal se presentan en forma de diarreas crónicas, dolores abdominales, vómitos, estreñimientos, así como otros efectos que suponen un gran impacto para la salud. Así lo demuestra Calderón (2017) quien expresa que:

Todos estos problemas se desencadenan principalmente por la permeabilidad de la barrera intestinal, causando alteraciones del eje cerebro-intestino (Calderón, 2017, p. 23).

Los principales problemas de salud que destaca Calderón (2017) en personas con TEA son los siguientes:

1. *Deficiencias enzimáticas.*

Las enzimas son proteínas “especialistas” y controlan TODAS las reacciones químicas de nuestro cuerpo. Hay enzimas en todo lo

que está vivo. Se dice que son catalizadores, porque cada reacción química necesita una enzima para que se realice, es decir, todo lo que se transforma lo hace gracias a una enzima. Cada enzima actúa sobre una sustancia concreta, como una llave y una cerradura (Villen, 2012).

Por lo tanto, las deficiencias enzimáticas, son esa falta de catalizadores para controlar y procesar las reacciones químicas que se producen en nuestro cuerpo cuando ingerimos una sustancia. En el caso de las personas con TEA, existe una gran deficiencia de las enzimas proteicas quinasas. Dichas enzimas se pueden definir como:

Se denominan cinasas o quinasas a un conjunto de enzimas presentes en todos los organismos vivos cuya función principal es la de fosforilar otras proteínas o material genético (Contreras, 2015).

Además, las personas con TEA carecen de enzimas caseomorfinas y gliadorfinas. Esas enzimas son las encargadas de procesar y absorber la caseína y el gluten, por lo que la ausencia de estas da lugar a un mal procesamiento de las proteínas y de la leche. Diversos estudios han demostrado que dicho problema causa efectos negativos en el cerebro, dado que estas proteínas llegan directamente al órgano y producen efectos parecidos a las drogas. Así lo demuestra Calderón (2017):

Es por esta razón que los pacientes autistas generalmente se muestran como adictos a los productos lácteos y derivados de trigo. Pues estos productos desencadenan síntomas como: el aislamiento, autoagresión, insensibilidad o hipersensibilidad al dolor, estereotipos, etc. comportamientos comunes de los consumidores de drogas (Calderón, 2017, p. 24).

## 2. *Alteraciones gastrointestinales.*

Estas alteraciones tienen una relación directa con los problemas intestinales que hemos mencionado anteriormente. Se ha demostrado que dichos problemas gastrointestinales pueden evitarse con la lactancia en la primera etapa de la vida en los niños con TEA. No obstante, no es



suficiente ese patrón alimenticio para evitar los posibles problemas de salud dado que dicha sustancia no se puede alargar durante todo el ciclo de vida de una persona. Bajo nuestro punto de vista, consideramos necesario controlar la ingesta inadecuada de alimentos, puesto que es el principal problema por el que surgen alteraciones gastrointestinales. Esta ingesta inadecuada puede variar desde un consumo desmedido hasta un consumo escaso de un producto específico.

### *3. Intolerancias y alergias.*

Las intolerancias o alergias que presentan los niños con TEA no tienen que ver principalmente con la ingesta de alimentos, aunque existen casos, sino que están asociadas con el asma, la dermatitis atópica o la rinitis. No obstante, a pesar de que diferentes estudios han demostrado que no existe una relación directa entre los niños con TEA que desarrollan problemas alimenticios y alergias o intolerancias, las alergias mencionadas anteriormente se deben a unos patrones alimentarios inadecuados. Esto quiere decir que, debido al seguimiento de dietas dañinas, el sistema inmunológico de estas personas es cada vez más débil, por lo que da lugar al desarrollo de diferentes enfermedades, entre las que se encuentran esas patologías. Por lo tanto, la alimentación en este caso tiene un papel fundamental para evitar problemas de salud innecesarios

Con todo ello, tras haber analizado y profundizado en los impactos que tienen estos desórdenes alimenticios en la salud de las personas con TEA, creemos que existen tres principales problemas derivados de la forma de alimentación en dichas personas:

#### *1. Riesgo de malnutrición.*

Como hemos mencionado anteriormente, este riesgo no es prevalente en nuestro país, sin embargo, sí que puede ocurrir. Además, este problema puede degenerar en enfermedades por la falta de ingesta de ciertos nutrientes esenciales al restringir tanto el consumo de alimentos en sus dietas. Así lo expresan Serrato, Bazadúan, Garza, Cuellar, Márquez y Sánchez (2018) en su estudio titulado “Intervención nutricional con omega

3 en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA)”:

Los numerosos efectos de los ácidos grasos omega-3 sobre los mecanismos neuronales explican que la deficiencia de estos conduce a un deterioro de las diversas funciones cerebrales (Serrato, Bazadúan, Garza, Cuellar, Márquez y Sánchez, 2018, p. 28).

Debido a esto, las personas con desórdenes alimenticios no obtienen todos los nutrientes necesarios para desarrollarse de una forma correcta y, por lo tanto, no ingieren una dieta equilibrada. Consideramos que este punto es importante dado que, a pesar de todos los problemas derivados de su condición, esto empeora el estado de salud de la persona, haciendo todavía más compleja su existencia en nuestro mundo.

## *2. Riesgo de exceso calórico.*

La mayoría de los alimentos específicos que ingieren las personas con TEA que desarrollan un trastorno en su alimentación tienen un alto contenido calórico. Esto quiere decir que la mayor cantidad de alimento que entra en su cuerpo son grasas, sobre todo azúcares procesados. Además, si esos alimentos específicos que consumen las personas con TEA se ingieren de forma compulsiva y diaria esto deriva en graves problemas de salud como pueden ser: obesidad, diabetes tipo II o infartos de miocardio. Un ejemplo de dieta de este tipo se ve reflejado en el estudio de Sanz (2018). En el anexo 1, durante la recogida de datos de la alimentación de la alumna tanto en la escuela como en casa, la lista de alimentos que ingiere en mayor medida son los siguientes: macarrones, espaguetis, galletas, chocolate kinder, yogures, natillas, tortilla de patata, etc. A través de este ejemplo podemos comprobar como la ingesta de alimentos que realiza esta niña es totalmente contraproducente a lo que sugiere la OMS como una dieta equilibrada, ya que tanto la legumbre como la verdura no es consumida en ningún momento, así como prevalece la ingesta de alimentos calóricos. Con esto pretendemos hacer

reflexionar ante la importancia de inculcar desde una primera edad unos patrones alimenticios saludables y equilibrados, evitando de esta forma posibles enfermedades que condicionen la vida de esta persona.

### 3. *Riesgos sociales.*

Este punto tiene una relación directa con las categorías de una alimentación desordenada de Goldschmidt (2018). En este explicábamos cómo estas categorías afectan de una forma u otra en la alimentación de las personas con TEA y en otros aspectos de su vida como puede ser la relación social con los demás. Existen casos de personas con TEA que siguen unos comportamientos poco saludables o mal vistos por la sociedad a la hora de comer y de ingerir alimentos. Si bien recordamos estos podían ir desde comer tierra hasta comer con las manos en el suelo. Estos patrones alimenticios considerados como inadecuados a los ojos de la sociedad hacen que en muchas ocasiones estas personas no puedan mantener relaciones sociales en circunstancias como salir a comer con la familia o comer en el comedor escolar. Además, todos estos patrones condicionan tanto la vida de esa persona como la de sus familiares lo que supone un doble problema. Todo esto limita su integración social y, por lo tanto, puede llegar a producirse un aislamiento social, así como puede verse afectado su estado emocional ante la incomprensión de esas reglas culturales que tenemos establecidas. De forma indirecta, esta consecuencia afecta a su salud al igual que el resto de los riesgos mencionados anteriormente, lo que es una cuestión por tratar durante la intervención en el alumno con trastornos alimenticios. En definitiva, la alimentación es mucho más que ingerir alimentos, por lo que es necesario que estas personas también desarrollen hábitos de conducta, autonomía e higiene durante las horas de comida.

De esta forma, nos gustaría terminar de analizar el presente apartado, haciendo una reflexión en torno a varios aspectos señalados en el desarrollo de este. En primer lugar, nos gustaría destacar la cantidad de medicamentos que ingieren las personas con TEA por diversos motivos, entre los que se encuentran los suplementos vitamínicos. Todos estos medicamentos, en mayor o menor

medida, además de unos grandes costes, suponen en muchas ocasiones, un agravamiento de la salud de las personas. Esto quiere decir que, aunque estos medicamentos tengan un efecto positivo en alguna de las características de la persona con TEA, estos tienen siempre algún efecto secundario que modifica el estado de salud del sujeto. Por este motivo, nos gustaría destacar la importancia del consumo natural en alimentos de aquellas deficiencias que pueda tener el sujeto en cuestión. Somos conscientes de la comodidad que supone una pastilla antes de cambiar los hábitos alimenticios para evitar problemas conductuales, pero todo esto es con el único fin de prevenir que esos medicamentos puedan tener consecuencias nocivas para la salud de nuestros hijos/as. En segundo lugar, en relación con el diagnóstico de la patología, queremos destacar la importancia de que este debe de ser precoz. Con esto queremos hacer un llamamiento a todos aquellos padres que por diversas circunstancias permiten a sus hijos tener unos patrones inadecuados de alimentación. Bajo nuestra experiencia en el colegio de educación especial, hemos podido observar cómo alumnos/as de 16 años tan solo se alimentaban a través de purés, galletas o pan por la comodidad de que era lo único que el niño/a ingería sin conflicto. La responsabilidad de que estas personas lleven una alimentación adecuada recae sobre los padres, por ello es necesario que hagan uso de todas las ayudas que se les ofrecen en este aspecto para poder realizar una intervención alimentaria temprana. Además, no solo es importante que los padres ayuden a elaborar un diagnóstico precoz, sino que se impliquen en el aprendizaje de una educación nutricional para evitar posibles riesgos de salud, así como para ampliar el rango de alimentos que consumen estas personas.

Por último, para finalizar el presente apartado, queremos hacer conscientes a la gente de la necesidad existente de destinar mayor tiempo a investigar la alimentación en las personas con TEA. Actualmente, como indica Goldschmidt (2018):

La alimentación desordenada en el espectro del autismo es claramente un nuevo horizonte para los profesionales de los trastornos alimentarios, que tienen las habilidades y el conocimiento para hacer una gran contribución a esta población en riesgo (Goldschmidt, 2018, p. 5).

Dicho horizonte es un nuevo desafío que necesita de todas las ayudas pertinentes para poder lograr que, en un futuro, todas las familias con hijos/as que manifiesten algún desorden alimenticio tengan las pautas necesarias para poder ayudarlos y mejorar su salud.

## **4. Recomendaciones.**

### **4.A. Pautas para una mejor alimentación en los TEA.**

#### **4.A.1 Aspectos previos para tener en cuenta antes de la intervención.**

La alimentación en las personas con TEA que muestran desórdenes o trastornos alimenticios requiere de una intervención adecuada para mejorar sus patrones dietéticos y conseguir de esta forma un estilo de vida saludable. Para conseguir esa intervención es necesario, en primer lugar, conocer dos aspectos básicos:

##### *1. Factores desencadenantes del desorden o trastorno alimenticio.*

Al igual que el resto de los trastornos que puede desarrollar una persona, el relacionado con la alimentación necesita de una evaluación previa. El objetivo de dicha evaluación es conocer el origen de este problema alimenticio y conseguir intervenir desde la raíz del problema. Así lo destacan Baratas, Hernando, Mata y Villalba (2017) en su guía titulada “Guía de intervención ante los trastornos de la alimentación en niños y niñas con trastorno del espectro autista (TEA)”:

Conocer las posibles causas por las que se puede originar un trastorno de la alimentación en un niño con TEA nos proporciona los conocimientos necesarios para asentar nuestra intervención en unos criterios sólidos y argumentados. [...] Intervenir sin saber produce intervenciones erróneas con efectos contrarios al deseado (Baratas, Hernando, Mata y Villalba, 2017, p. 47).

Por ello, es necesario conocer los estilos alimenticios y comportamientos que se emplean con el sujeto a la hora de su alimentación. Como hemos visto en el apartado anterior, la obligatoriedad de la comida, puede ser un desencadenante de esa aversión o temor por ciertos alimentos, por ello es tan necesario abordar dicha cuestión. Este punto nos va a permitir saber cómo podemos trabajar con

la persona con TEA, así como saber los comportamientos que debemos utilizar y las metodologías a introducir para aumentar el repertorio alimenticio de esta persona. Eliminando de esta forma todos los posibles prejuicios que se pueden desencadenar del tipo “no comen porque no quieren” y haciendo consciente al resto de personas del problema existente en cada caso.

## *2. Características individuales del sujeto.*

La intervención que se realiza al sujeto debe de ser totalmente individualizada y específica a las características de esta persona. En este sentido, es necesario que conozcamos cuáles son sus gustos, en relación con las aficiones, así como las cosas que aborrecen realizar o que le suponen un mayor esfuerzo. Además, es importante que conozcamos cuales son los patrones alimenticios que sigue el sujeto tanto en el centro educativo como en casa. Esto último nos va a permitir conocer cuáles son los alimentos que come y que le gustan, para poder ampliar los patrones alimenticios de esta persona. Las intolerancias y las alergias, en caso de que las hubiera, juegan un papel muy importante en este apartado, así como la evolución de la ingesta de alimentos a lo largo de su vida. La mayor parte de las personas con TEA que desarrollan un trastorno alimenticio van disminuyendo poco a poco la ingesta de alimentos, es decir, se vuelven más selectivos. Esto quiere decir que en los primeros años de vida los patrones alimenticios son mucho más amplios. No obstante, no debemos olvidar el consumo de medicamentos que realiza cada sujeto, ya que como hemos demostrado en los puntos anteriores, estos pueden tener efectos secundarios y afectar a la ingesta de alimentos, por lo que es un factor a tener en cuenta. De la misma forma, es importante conocer las rutinas que desarrolla esta persona a la hora de comer, así como el grado de autonomía e higiene que posee. Los factores para tener en cuenta con relación a las rutinas son los siguientes:

- Cómo come (viendo la televisión, jugando con un juguete, necesita el apoyo de un soporte visual, una Tablet, etc.).
- Dónde está acostumbrado a comer (en la cocina, en la sala, en su habitación, etc.).
- Come solo o en compañía (le dan de comer, no puede comer acompañado, come con el resto de la familia, etc.)

- Con qué está acostumbrado a comer (come con platos y utensilios especiales, come con las manos, etc.).
- En qué momentos del día come (realiza 5 comidas al día, realiza las comidas básicas, realiza más comidas de las que debería, etc.).

En cuanto a la autonomía e higiene, debemos tener en cuenta los siguientes factores:

- Ayuda a poner la mesa a la hora de las comidas.
- Se lava las manos antes de comer.
- Sabe ponerse el babero/baby (en caso de que lo necesite).
- Sabe cuándo utilizar la servilleta durante la comida.
- Hace un uso adecuado de la cubertería durante la ingesta de los alimentos.
- Recoge su plato, vaso y cubiertos cuando termina de comer.
- Se quita el babero/baby.
- Se lava las manos y los dientes después de comer.
- Etc.

En definitiva, son todos los factores implicados en el desarrollo de las horas de la comida, los cuales realizamos de forma automática y autónoma, así como los aprendemos a través de la imitación y la teoría de la mente. Es necesario destacar la importancia de que todos esos procesos se realicen de forma paralela en un ambiente cómodo y acogedor para dichas personas, así como suponga una forma de juego, haciendo entender al sujeto que comer es agradable y divertido.

#### 4.A.2 Consideraciones generales.

Una vez analizado y habiendo recogido los datos suficientes acerca del sujeto en cuestión y su trastorno o desorden alimenticio, debemos tener en cuenta una serie de consideraciones generales que van a ser claves para mejorar la alimentación de la persona. Estas consideraciones son las descritas por Baratas, Hernando, Mata y Villalba (2017):

### *1. Persona ajena a la familia y fuera de casa.*

El primer punto a tener en cuenta debe de ser la persona que va a realizar la intervención y el espacio donde se va a realizar. Todos tenemos unas costumbres establecidas en nuestras casas por lo que es necesario para poder establecer una alimentación nueva, romper con ellas y elegir un espacio y una persona nueva para ello. Esto es así ya que cada persona tiene un comportamiento diferente cuando se siente en su espacio seguro y está con personas de confianza, es decir, existe un condicionamiento. En palabras de Baratas, Hernando, Mata y Villalba (2017):

Lo mismo nos ocurre con respecto a las personas; no con todo el mundo nos comportamos de la misma manera. Según lo que sepamos qué podemos esperar del otro, así nos comportaremos. Lo mismo ocurre con los niños y con los niños con autismo. A esto se le llama condicionamiento. Ellos están condicionados en casa a unas normas, a unos comportamientos determinados (Baratas, Hernando, Mata y Villalba, 2017, p. 48).

Esa persona y espacio nuevo nos va a permitir establecer una relación basada en la distancia emocional y sin confianza, lo que permite que el trabajo sea mucho más preciso. Por ello, siempre es recomendable que la terapia alimentaria la lleve a cabo un especialista en este campo, aunque siempre y cuando esto no sea posible por algún motivo, a partir de estas consideraciones generales la familia puede trabajar con el sujeto en cuestión en casa. Esto último va a suponer un mayor esfuerzo y trabajo, así como resultados a largo plazo debido a ese condicionamiento nombrado anteriormente.

### *2. Actitud-aptitud del adulto.*

El segundo punto clave que se debe tener en cuenta durante la terapia alimentaria debe de ser la actitud de la persona que va a realizar dicha intervención. Esta actitud debe ser positiva y segura, dado que si mantenemos una actitud basada en que no consideramos que se vayan a alcanzar la metas propuestas esto se va a manifestar en el niño, consiguiendo de esta forma que la intervención no tenga el efecto que deseamos. Por ello, a la hora de escoger



al especialista que va a realizar la intervención este debe reunir una serie de características:

- Al tratarse de una persona nueva y considerarse los momentos de comida para estas personas como situaciones tensas, es necesario que la persona que va a intervenir establezca una relación con el sujeto en cuestión que no exceda la confianza. Adoptando de esta forma una postura de exigencia y de autoridad frente al sujeto que no le permita exceder los límites que pueden manifestarse en casa como por ejemplo una rabieta.
- La persona especialista debe de ser concisa y clara durante las horas de la comida ya que un exceso de comunicación da lugar a confusiones y puede crear un clima de nerviosismo por parte del sujeto.
- Debe mantener una actitud tranquila durante las horas de la comida, transmitiendo esta sensación al sujeto en cuestión y haciéndole entender que los momentos de comida son placenteros, evadiendo de esta forma los sentimientos de nerviosismo y temor ante la situación que se presenta.

### *3.Ambiente.*

Como hemos mencionado anteriormente, el espacio en el que se desarrolle esa terapia debe de ser nuevo, rompiendo con ese condicionamiento. En muchas ocasiones, este cambio puede suponer el desencadenante para una serie de conductas disruptivas por lo que es necesario que anticipemos con tiempo al alumno el nuevo espacio donde se van a desarrollar las horas de comida. De la misma forma, debemos elegir un ambiente en el que no haya mucho ruido, dado que esto puede suponer una situación de nerviosismo tanto para el sujeto como para el especialista. Bajo nuestra experiencia en el colegio de educación especial, donde se llevaba a cabo una terapia de este tipo, los alumnos realizaban un taller de alimentación en un aula tranquila con música relajante. Esta situación les permitía desarrollar una actitud de tranquilidad y confianza, lo que suponía un momento perfecto para introducir nuevos alimentos. Por el contrario, en este mismo colegio, los alumnos con trastornos alimenticios

desarrollaban la hora de la comida en el comedor, junto con el resto de los alumnos. En dicho comedor escolar existía, como es normal, un gran alboroto y ruido lo que ralentizaba todo el trabajo conseguido durante las horas del taller. Consideramos en este caso, que ante las continuas peticiones de los encargados del taller para que estos niños/as comiesen apartados, la dirección del centro no ejerció su papel de forma correcta. Si bien es entendible que esto pueda suponer una forma de segregar o aislar a ciertos alumnos, es necesario para poder conseguir los efectos buscados en un tiempo acorde.

#### *4. Como colocarnos.*

Al igual que la actitud de seguridad y tranquilidad que debemos transmitir al niño, la colocación durante el momento de intervención es clave. Para ello y con el único fin de conseguir el control de la situación, la mejor postura para el tratamiento es uno enfrente del otro. De esta forma, podemos mantener un contacto ocular constante con el niño para transmitirle refuerzos y positividad. Sin embargo, consideramos que esta situación no es del todo acertada en todas las ocasiones, por lo que este aspecto puede variar dependiendo del sujeto con el que se realiza la intervención. Esto es así dado que ciertas personas, cuando sienten que no tienen el control de la situación, comienzan a desarrollar conductas disruptivas que pueden provocar el efecto contrario al buscado. Como hemos mencionado anteriormente, cada intervención debe ser específica e individualizada, por lo que no todas las pautas funcionan de la misma forma con todas las personas. Sin embargo, a pesar de todo lo anterior, se debe dejar claro cuál es el rol de la persona en tratamiento y cuál es el rol del adulto, ya que, en muchas ocasiones, por el poder ejercido de la persona con TEA, los adultos pierden ese rol de autoridad.

#### *5. Elegir el momento de intervención.*

No todos los momentos son adecuados para llevar a cabo la terapia por lo que es necesario ser críticos con esta cuestión y avanzar lentamente en ello, aunque el deseo de conseguir los objetivos sea alto. Por ello, durante el principio de esta intervención, como el alumno ingiere poco de los nuevos alimentos, es necesario que solo se realice esta intervención en una de las comidas del día, cuidando que en el resto del día la persona ingiere la cantidad adecuada de alimento,

evitando de esta forma el comer entre horas y los excesos de ciertos alimentos. Bajo nuestro punto de vista, esta alternativa es la más correcta a la hora de intervenir dado que de esta forma evitaremos exponer a la persona a una situación de estrés intenso y continuo. Debemos alcanzar los objetivos de forma pausada, adaptándonos a los ritmos de cada persona y permitiendo que estos no se sientan obligados en dichas situaciones.

#### *6.Ley del plato vacío.*

Para comenzar las horas de las comidas, se le pondrá al niño un plato con la cantidad a ingerir de ese alimento. Cuando ese alimento se está ingiriendo por primera vez, la cantidad puesta debe de ser mínima, aumentándolo poco a poco con el tiempo. No podemos poner abundante cantidad de un alimento que la persona aborrece, ya que conseguiremos los efectos contrarios a los buscados. Debemos aprovechar las horas en las que estas personas sientan hambre, para que poco a poco vayan experimentando nuevos sabores y texturas al tener esa pequeña cantidad frente a ellos. Al igual que debemos respetar la cantidad de alimento, debemos tener en cuenta también la temperatura, dado que todos los sujetos no comen la comida a la misma. Es importante que tengamos cuidado con la ley del plato vacío, aunque sepamos que la persona puede ingerir más de la cantidad que vayamos poniendo, poco a poco mayor, no debemos excedernos ya que podemos conseguir que la persona acabe aborreciendo ese alimento, volviendo al punto inicial de partida.

#### *7.Ritmo tranquilo.*

Es necesario que durante los momentos de intervención no exista prisa ninguna ni para el sujeto en cuestión ni para el especialista. Si establecemos unas franjas horarias durante las comidas esto va a suponer situaciones de nerviosismo y tensión, consiguiendo los resultados contrarios a los que queremos conseguir.

#### *8.Paciencia.*

El último punto a tener en cuenta durante la intervención alimentaria de un sujeto es la paciencia. Esta intervención es un proceso muy lento que requiere mucho trabajo, por lo que es necesario que la persona especialista que vaya a realizar la intervención no tenga prisa ninguna por alcanzar los objetivos. Cada persona es diferente, por ello no sirve de nada que comparemos o busquemos

información acerca de cuánto tiempo nos puede llevar una intervención de este tipo. Cada persona tiene su ritmo y la intervención será eficaz cuando lo respetemos. Debemos ir asentando poco a poco unas bases que nos llevarán a alcanzar los objetivos establecidos, pero estos deben irse logrando uno a uno, con mucha paciencia y constancia.

#### 4.A.3 Metodología.

Como indican Baratas, Hernando, Mata y Villalba (2017):

[...] conviene que sepamos que no existen recetas únicas ni estandarizadas para la intervención en trastornos de la alimentación en niños con autismo (Baratas, Hernando, Mata y Villalba, 2017, p. 47).

Es por esto, que no existe una sola metodología efectiva para la intervención de los trastornos o desórdenes alimenticios. En este sentido, si bien cada sujeto es diferente y por lo tanto la metodología a utilizar debe ajustarse a esa persona, diversos estudios han demostrado que la mejor forma de intervenir en estos trastornos es a través del método denominado “Apoyo Conductual Positivo (ACP)”. Esto es así ya que como indica Sanz (2018):

[...] el Apoyo Conductual Positivo promueve el aprendizaje de conductas adaptativas, de una manera rigurosa y científica (Sanz, 2018, p. 9).

Para poder entender de una manera más precisa porque este método es el más eficaz, es necesario que antes profundicemos en el concepto de este. De esta forma vamos a definir el concepto, conocer cuáles son sus características, sus principios y por qué es la mejor metodología para modificar la conducta.

##### *1. Definición.*

Canal y Martín (fecha) en su manual titulado “Apoyo Conductual Positivo (ACP)” definen este término como:

[...] el apoyo conductual positivo no es un método para decidir cuál es el tratamiento conductual más adecuado, sino un conjunto de procedimientos y técnicas destinadas a cambiar el entorno para hacer que la conducta problemática sea irrelevante e inútil y, por consiguiente, hacer

que la conducta alternativa socialmente adecuada sea más eficaz (Canal y Martín, 2012, p.69).

Es por esto, que, en relación con la intervención de los trastornos alimentarios, el método ACP tiene un gran papel. Mediante este podemos cambiar los estados de nerviosismo o temor que se producen a las horas de comer, así como las posibles conductas disruptivas que se puedan producir, por conductas alternativas que sean eficaces para el proceso. Esto quiere decir, que a través de diferentes estrategias y procedimientos vamos a ir cambiando la conducta y pensamiento del niño sobre el proceso de comer, consiguiendo de esta forma que su actitud colaboradora nos permita obtener los resultados esperados.

➤ Reforzador positivo.

En este sentido, dentro del propio método es importante conocer los gustos y preferencias de los niños, que se utilizarán como ese reforzador positivo. En palabras de Sanz (2018):

[...] un reforzador positivo es un acontecimiento que, presentado inmediatamente después de una conducta, provoca que la frecuencia o la posibilidad de que ocurra la conducta aumenten. El término reforzador positivo es a grandes rasgos, sinónimo de premio o recompensa (Sanz, 2018, p. 10).

Bajo nuestro punto de vista, el uso de los reforzadores positivos supone una consolidación del aprendizaje y por lo tanto un asentamiento de las primeras bases. Así, cuando consigamos que la persona ingiera un alimento nuevo utilizaremos una de sus preferencias, por ejemplo, la Tablet, para reforzar esa conducta bien hecha. Es importante destacar que ese reforzador solo podrá ser utilizado en los momentos en los que se realiza la terapia, de tal forma que el sujeto asocie la actividad de comer con esa recompensa o premio. Además, si solo utilizamos el reforzador en esos momentos, vamos a permitir que la persona conozca otros estímulos y actividades que hasta el momento habían pasado desapercibidos o le parecían aburridos, aumentando así sus gustos y preferencias. No obstante, nos gustaría destacar un punto negativo que encontramos a este factor. Consideramos que este reforzador positivo puede suponer un problema a largo plazo,

convirtiéndose de esta forma en un condicionante para que el niño realice cualquier actividad, dado que los reforzadores positivos que tienen efectos positivos se pueden usar para fortalecer otros comportamientos en otras situaciones. Con esto queremos dar a ver la importancia de moderar el uso de ese reforzador positivo, para evitar de esta forma que se convierta en un chantaje para realizar cualquier tarea o comportamiento que se le exija.

## *2. Características.*

Las principales características por las que está formado el Apoyo Conductual Positivo (ACP) según Canal y Martín (2012) son las siguientes:

- **Está basado en la evaluación funcional.**

El apoyo conductual positivo comprende el desarrollo de diversos procedimientos cuyo objetivo son conocer y comprender que factores influyen en la conducta de la persona. Estos procedimientos reciben el nombre de evaluación funcional. Dicha evaluación es necesaria ya que diferentes estudios han demostrado que las intervenciones más eficaces son aquellas que tratan de comprender las conductas problemáticas de la persona, así como cuál es la finalidad de dicha conducta. No podemos cambiar una conducta si no entendemos porque se produce o cuando se produce. Además, es necesario destacar que dicha evaluación permite conseguir las metas de forma eficaz.

- **Es global e incluye intervenciones múltiples.**

El conjunto de diferentes procedimientos de intervención, así como el uso de diversas estrategias es la segunda característica del apoyo conductual positivo. El conjunto de esas intervenciones múltiples incorpora desde técnicas tradicionales para modificar la conducta hasta modificaciones en la vida cotidiana de la persona. Consideramos necesario destacar la importancia de que dichas modificaciones deben tener en cuenta tanto los intereses como las metas de la persona. Los problemas conductuales no son simples, como en el caso de los trastornos alimenticios, son problemas que se han ido agravando con el paso del tiempo y que constituyen una forma habitual de

comportamiento por lo que es necesario intervenir con múltiples opciones, dado que cada sujeto es diferente y no todo funciona de la misma forma.

- **Enseña habilidades alternativas y adapta el ambiente.**

Según Canal y Martín (2012) esta es la característica más importante del apoyo conductual positivo. Esta consiste en enseñar diferentes habilidades o conductas que sean socialmente aceptadas y que permitan acabar con aquellas conductas disruptivas o problemáticas. Para el aprendizaje de dichas conductas es necesario que se preste un ambiente adecuado, con los reforzadores precisos para conseguir que se instaure ese comportamiento en la rutina habitual de la persona. Así, por ejemplo, si enseñamos a la persona a comer con los cubiertos y no con las manos, estamos enseñando una habilidad socialmente aceptada y que tiene conductas positivas en el desarrollo personal y en la integración en el mundo social. Es importante destacar que estas habilidades deben ser útiles para cada persona, por lo que la enseñanza de unas u otras va a depender del sujeto en cuestión.

- **Refleja los valores de la persona, su dignidad y sus preferencias, y trata de mejorar su estilo de vida.**

El objetivo de esta característica es que los diferentes procedimientos que se desarrollen tengan en cuenta los valores de las personas, respetando de esta forma las preferencias y dignidad de las personas. Se trata en definitiva de mejorar el estilo de vida de la persona, dotándola de los suficientes recursos que la permitan tener una mejor calidad de vida. Como indican Canal y Martín (2012):

[...] una calidad de vida deficiente (pocas oportunidades para elegir, pocas relaciones sociales, etc.) o la insatisfacción con el estilo de vida propio es, en la mayoría de los casos, el contexto facilitador del comportamiento problemático (Canal y Martín, 2012, p. 71).

Es por ello por lo que nuestra intervención debe tener como objetivo principal mejorar la vida de la persona que tiene un trastorno

alimenticio. Permitiéndole de esta forma que acabe con todos esas conductas disruptivas o temores existentes hacia la comida, así como disfrute de ese momento y se sienta a gusto y satisfecho consigo mismo.

- **Se diseña para ser aplicado en contextos de la vida diaria.**

Esta característica tiene en cuenta tanto las características de la persona como la evaluación inicial de la problemática del sujeto en cuestión. Es importante que todas las habilidades y comportamientos que corrijamos y que vayamos a aplicar tengan un sentido en la vida diaria. De esta forma, es necesario que todas las personas que configuran el ambiente en la vida diaria de la persona colaboren en la consecución de los objetivos y permitan que se desarrollen de una forma adecuada. Nuestra intervención debe de tener unos objetivos claros y precisos antes de su aplicación, sin olvidar en ningún momento todas las características mencionadas anteriormente. La persona es lo primero en este proceso por ello debemos respetarla y comprenderla, pero nunca llevar a cabo procesos que supongan un efecto negativo en la misma como pueden ser los castigos.

- **Mide el éxito de los programas evaluando aprendizajes de la persona y mejoras en su calidad de vida.**

La intervención con el método del apoyo conductual positivo utiliza tres factores para medir el éxito que ha tenido el programa:

1. Si la persona ha entendido alguna conducta alternativa del plan y además la utiliza frente a una disruptiva que utilizaba antes, la intervención está teniendo éxito.
2. En relación con el primer factor, si la persona utiliza con mucha menos frecuencia que antes la conducta disruptiva o problemática que anteriormente se manifestaba, entonces significa que lo estamos consiguiendo.
3. Por último, al tratar el ACP de mejorar la vida de las personas que son intervenidas, cualquier indicio de que estas son más felices o



están satisfechas con sus vidas querrá decir que hemos alcanzado el éxito.

Es importante destacar que nuestra intervención debe estar en continua evaluación y cuestionamiento, permitiendo de esta forma adaptarla a cada momento circunstancia y sujeto, con el fin de alcanzar los logros establecidos.

### *3.Principios.*

Los principios que, según Canal y Martín (2012), debe tener un proceso de intervención son los siguientes:

- **La conducta problemática tiene una función para la persona.**

Toda conducta problemática que manifiesta el sujeto en cuestión tiene una función y finalidad para esta. Esto quiere decir que cuando esa persona realiza la conducta problemática obtiene algo que quiere, dado que se ha producido un condicionamiento de ese hecho. En este sentido, el apoyo conductual positivo tiene que partir de esa evaluación funcional que nombramos anteriormente, tratando de esta forma de entender por qué se produce y cómo se produce esa conducta.

- **La conducta problemática está relacionada con el contexto.**

Las conductas que realizan dichas personas están influenciadas por el ambiente. En este proceso, actúan tanto agentes externos como internos, o una combinación de estos. Lo importante es que seamos capaces de entender que la conducta disruptiva se produce por algún estímulo ambiental que perjudica a la persona y no porque sea una condición asociada a su discapacidad o trastornos. En este sentido, en el caso de los trastornos de alimentación, aunque en la mayor parte de los autistas se manifiesta algún desorden de este tipo, estos no son siempre de la misma forma y no ocurren por la misma causa, por lo que no podemos establecer una relación directa entre TEA y problemas alimenticios. Aunque esto afecta a una gran parte de esas personas, no todos lo desarrollan o manifiestan.

- **Una intervención eficaz está basada en la comprensión de la persona, su conducta y contexto social.**

En este sentido, este principio engloba aquellos aspectos que hemos destacado anteriormente y que definen a la persona y su conducta. Por ello, para poder cambiar esa conducta disruptiva es necesario que entendamos su función y la repercusión que el ambiente tiene en ella. De esta forma conseguiremos minimizar la producción de esta conducta e implantar las habilidades alternativas. Todo ello supone una intervención eficaz a largo plazo.

- **El plan de apoyo debe tener en cuenta los valores de la persona, respetar a su dignidad, y aceptar sus preferencias y aspiraciones.**

Este principio describe la característica mencionada anteriormente. Toda la intervención debe girar en torno al respeto de los valores, la dignidad, preferencia y aspiraciones de las personas con el único objetivo de mejorar sus estilos de vida en todos los contextos y aspectos de la vida (social, comunicativo, etc.).

En definitiva, después de haber analizado en profundidad el método de ACP, podemos concluir que esta metodología es la mejor para la intervención de los trastornos alimenticios de una persona dado que engloba todos aquellos aspectos necesarios para mejorar los estilos de vida saludables de esta:

- Respetar y tiene en cuenta el ritmo de ingesta de alimentos de la persona, adecuándose a las características y necesidades de este, así como a sus preferencias y gustos.
- Hace uso de los reforzadores positivos, lo que os va a permitir introducir nuevos alimentos de la dieta en pequeñas cantidades hasta conseguir que coma ese producto sin ningún problema.
- Tiene en cuenta el contexto social y ambiental en el que se desarrolla esta persona, por lo que se adapta a la situación económica y social en la que vive el sujeto en cuestión. Analizando de esta forma los trastornos que se producen en la ingesta de alimentos e interviniendo en ellos de forma global tanto como con

la persona, como con el resto de los familiares que convivan con ella.

- Trata de entender porque se produce ese trastorno o desorden alimenticio, interviniendo en este desde la raíz del problema y consiguiendo resultados favorables en la vida de la persona.
- Enseña habilidades nuevas para desarrollar estilos de vida saludables tanto para la ingesta de alimentos, como para los hábitos de higiene y autonomía.
- Y, por último, es un método que introduce diferentes técnicas y procedimientos para conseguir los resultados esperados. En este sentido, existen una serie de apoyos metodológicos que son necesarios en ciertas personas con TEA.

#### *4. Métodos u apoyos que complementan la metodología.*

Bajo nuestra experiencia en el centro de educación especial y tras la revisión literaria realizada, consideramos que, para desarrollar una intervención de forma adecuada a través del método del apoyo conductual positivo, es necesario utilizar dos métodos complementarios a este. Estos son los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) y la metodología TEACCH, cuyas siglas están en inglés y en español significan lo siguiente: “Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación”. En ambos casos, estos métodos suponen una alternativa o refuerzo para aquellas personas con TEA que tienen poca o ninguna comunicación.

##### ➤ **Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC).**

Según Pardo (2017) en su artículo titulado “¿Qué son los SAAC?”, estos se pueden definir como:

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son formas de expresión distintas al lenguaje hablado, que tienen como objetivo aumentar (aumentativos) y/o compensar (alternativos) las dificultades de comunicación y lenguaje de muchas personas con discapacidad (Pardo, 2017).

En este sentido, en aquellas personas con TEA que tengan grandes deficiencias en la comunicación, se puede emplear cualquier tipo de

SAAC con el fin de poder transmitir la información que queremos a la persona en tratamiento y que esta sea capaz de entenderla y procesarla. Esta herramienta supone además para ellos una habilidad para poder interactuar con el mundo social hasta que llegue a desarrollar el habla.

➤ Método TEACCH.

[...] el Método TEACCH, un programa que tiene como objetivo abordar las diferencias neurológicas que presenta este tipo de trastorno, a través de una enseñanza estructurada que consiga adaptar la práctica educativa a las características de estos sujetos (Barrio, 2015).

El método TEACCH nos permite poder estructurar de una forma visual y llamativa los diferentes pasos que se van a realizar durante la intervención alimentaria. De esta forma, la persona con TEA va a poder reconocer de forma precisa cuales van a ser las pautas, permitiéndole con el tiempo desarrollar un trabajo autónomo. Este método evita que se produzcan conductas disruptivas y situaciones estresantes para la persona con TEA, ya que en todo momento esta va a saber qué es lo que va a ocurrir durante el tiempo de la intervención. La ventaja de este método es que el alumno puede acudir a visualizar en todo momento cual es el siguiente paso o que es lo que estamos haciendo ya que se estructura en una pauta muy visual. Bajo nuestra experiencia en el colegio de educación especial, en el taller de alimentación, este método se utilizaba desde el primer momento para enseñar a los alumnos que es lo que iban a hacer. Con el tiempo, estos sabían de forma autónoma que es lo que iba a pasar y cuando, sin necesidad de tener que mirar la pauta. Dicha pauta estaba constituida por pictogramas o imágenes con la actividad que se iba a realizar y con dos cartulinas, una roja y una verde. La cartulina roja significaba que la actividad todavía no se había hecho o se estaba haciendo, mientras que la cartulina verde significaba que la actividad se había resuelto con éxito. Además, el uso de los pictogramas en el método TEACCH permite presentar a la persona de diversas formas lo que va a

comer, qué cantidad va a comer, etc. Por ejemplo, si queremos que la persona coma una cucharada de lentejas, la secuencia que le podríamos poner con los pictogramas sería la siguiente:



*Imagen 2. Pictogramas del Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa.*

Consideramos importante destacar la necesidad existente de que la persona con TEA con la que vayamos a trabajar esté familiarizada con todo estos métodos. En el caso de que no sea así, debemos adecuar la intervención a aquellos métodos que esta persona conozca, por lo que estos no son los únicos métodos, ni los mejores en todos los casos. Si utilizamos métodos que la persona con TEA no conoce podemos provocar que el alumno aumente su situación de estrés ante tantas novedades a la vez, por lo que es necesario que este factor se tenga en cuenta.

#### 4.A.4 Intervención con omega-3.

Diversos estudios han demostrado que la intervención alimentaria en personas con TEA, basada en los ácidos grasos omega-3 como un suplemento de esta, tiene efectos positivos a nivel neuronal. De esta forma, junto con el seguimiento de dietas especiales basadas en la eliminación de la caseína y el gluten, las personas con TEA han demostrado tener diversas mejoras en su trastorno. La eliminación de esos péptidos bioactivos se debe al origen de efectos adversos que se han encontrado tanto a nivel alimenticio, como en las conductas de las personas con TEA. Esos péptidos, llegan al sistema nervioso central a través del torrente sanguíneo en grandes cantidades, lo que produce un deterioro en las funciones cerebrales y con ello efectos similares a los de la droga en estas personas. Así, estudios como el de Serrato, Bazaldúa, Garza, Cuellar, Márquez

y Sánchez (2018) titulado “Intervención nutricional con omega 3 en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA)”, han demostrado que una intervención nutricional basada en una dieta sin caseína y gluten, con omega 3 como suplemento, mejora el comportamiento de las personas con autismo, así como las habilidades del lenguaje y aprendizaje. Todo esto supone un desarrollo de habilidades sociales y conductuales que permite que estas personas puedan desenvolverse de forma independiente en actividades esenciales de la vida diaria. Es importante destacar que es necesario que la intervención nutricional este compuesta por esa eliminación de la caseína y el gluten, y se utilice el omega-3 como un suplemento, ya que se ha demostrado que una dieta solo sin caseína y gluten no tiene efectos de mejora en el comportamiento como cuando se utiliza el suplemento de omega-3. Además, como destacan Serrato, Bazaldúa, Garza, Cuellar, Márquez y Sánchez (2018):

Se requiere seguir estudiando en el Trastorno del Espectro Autista y su interacción con la alimentación y suplementación con el fin de comprender mejor la patología y llevar a cabo tratamientos nutricionales más específicos (Serrato, Bazaldúa, Garza, Cuellar, Márquez y Sánchez, 2018, p. 32).

## **5.Conclusiones.**

Los TEA se caracterizan por alteraciones en la socialización y en la flexibilidad. Estas últimas pueden incluir patrones alimentarios problemáticos, como la hiperselectividad. Y esos patrones, a su vez, pueden degenerar en problemas de salud como deficiencias nutricionales. Por eso es importante intervenir en la alimentación de las personas con TEA

En definitiva, tras haber realizado un análisis exhaustivo de la literatura proporcionada, podemos concluir que hay tres principios claves para poder mejorar la alimentación en las personas con TEA:

### *1. Uso de reforzadores.*

Como hemos explicado anteriormente, esta técnica es el mejor método para conseguir introducir nuevos alimentos en la dieta de una persona. Cuando la

persona con TEA ingiere un poco de un alimento nuevo, se le proporciona ese reforzador, por ejemplo, en la intervención de Sanz (2018), un portátil para que la niña vea recompensado su esfuerzo. Es importante que ese refuerzo solo se aplique en los momentos de comida y no entienda que puede hacer uso de ese reforzador cuando lo demande. En definitiva, esta técnica trata de favorecer las conductas mediante refuerzos o castigos negativos.

### *2. Uso de alimentos y/o preparaciones próximas a los gustos de la persona.*

Los primeros alimentos que se vayan incluyendo a la dieta de la persona con TEA deben de ser similares a los que esta ya conoce y prefiere. De esta forma, a través de texturas, colores o sabores similares a los ya conocidos, podemos ir abriendo el apetito de la persona a conocer y saborear nuevos alimentos. Se trata de un proceso lento y progresivo, donde se van a alcanzar los resultados dependiendo del ritmo de la persona con TEA y no de la rapidez con la que queramos alcanzar nosotros los resultados. Es importante que respetemos en todo momento a la persona, no la presionemos o sentir hacer incómoda, porque entonces se van a conseguir los resultados contrarios a los esperados.

### *3. Intervenir los nuevos alimentos o patrones de alimentación de forma muy gradual.*

En relación con el apartado anterior, el proceso de ingesta de nuevos alimentos en las personas con TEA debe ser de forma gradual. Esto quiere decir que al igual que no podemos meter una textura u olor desagradable para el niño en la primera semana de intervención, tampoco podemos conseguir que este se coma un plato entero de un alimento que no conoce o que no le gusta. Así, el ritmo debe de ser pausado, comenzando por olerlo, tocarlo con las manos, chuparlo, masticarlo, etc. Durante nuestra experiencia en el taller de alimentación del colegio de educación especial, este proceso mencionado anteriormente tenía una gran importancia tanto para los alumnos/as como para los profesores encargados. Este proceso se realiza todos los días que había taller, siendo los propios alumnos/as los que marcaban el ritmo de su propio aprendizaje. De esta forma, un alumno/a podía coger un día un cacho de tomate, tocarlo y chuparlo y al día siguiente de taller introducirlo en su boca. Es importante que trabajemos

en todo momento las texturas, dejando que las personas con TEA experimenten esas sensaciones, ya que como hemos destacado anteriormente, son esos problemas sensoriales los que reducen sus patrones alimenticios y crean esos desórdenes o trastornos hacia ciertos alimentos.



## Bibliografía.

- Apoyo Conductual Positivo (s.f.). *Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León*. España.
- Baratas, M., Hernando, N., Mata, M<sup>a</sup>. J. y Villalba, L. (2017). *Guía de intervención ante los trastornos de alimentación en niños y niñas con trastorno del espectro del autismo (TEA)*. Madrid, España: Federación Autismo Madrid.
- Calderón Díaz, D.M. (2017). *Propuesta de guía de alimentación para niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista del centro psicoeducativo integral Isaac de la ciudad de Guayaquil*. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Espíritu Santo, Samborondón.
- Estruch, R. (24 de mayo de 2013). Qué nos ha enseñado y qué nos queda por aprender del estudio PREDIMED. *Elsevier Doyma*. 29(4),81-87.
- Goldschmidt, J. (Mayo/Junio de 2018). Una amplia visión: alimentación desordenada en el espectro del autismo. *Eating Disorders Review*. 29(3).
- Martos-Pérez, J. (30 de enero de 2005). Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica. *Simposio satélite: autismo*. Centro DELETREA, Madrid, España.
- Sanz Pedreño, A. (2018). *Programa de intervención conductual en alimentación para TEA de bajo funcionamiento* (Trabajo de Fin de Máster). Universidad Internacional de Valencia.
- Serrato Sánchez, K.A., Bazaldúa Ledesma, V., Garza Sepúlveda, G., Cuellar Robles, S., Márquez Zamora, L. y Sánchez Peña, M.A. (29 de noviembre de 2018). Intervención nutricional con omega 3 en un grupo

de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA).  
*Revista Salud Pública y Nutrición*. 17(4), 27-33.

- Siles Sánchez, S., Lorente García, A., Pineda López, O., Fernández-Cao, J.C. y Arija Val, V. (8 de junio de 2017). Selectividad alimentaria en los trastornos del espectro autista: una revisión sistemática. *Revista Española de la Nutrición Comunitaria*. 21(2), 13-19.
- Ventoso, M<sup>a</sup>. R. (2000). Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo. Breve guía de intervención. *El niño pequeño con autismo*.

## Webgrafía

- Arrizabalaga, A. (2019, 11 de febrero). *La pirámide nutricional: educación en nutrición*. Efe: salud. Recuperado de: <https://www.efesalud.com/la-piramide-nutricional-educacion-en-nutricion/#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20se%20interpreta%3F,tener%20en%20la%20alimentaci%C3%B3n%20diaria>.
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2018, julio). *Trastorno por atracón*. Manual MSD. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-por-atrac%C3%B3n>
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2018, julio). *Trastorno por rumiación*. Manual MSD. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-por-rumiaci%C3%B3n#:~:text=La%20rumiaci%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,La%20regurgitaci%C3%B3n%20puede%20ser%20voluntaria>.
- Barrio, N. (2015, 19 de noviembre). Método TEACCH. Intervención en niños con autismo. *Revistadigital INESEM*. Recuperado de:

<https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/metodo-teacch-intervencion-en-autismo/>

- Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Santos Borgujo, J., Martín Cilleros, M. V., Ferrari, M. J.,... Posada de la paz, M (2006, 30 de junio). La detección precoz del autismo. *Scielo: Psychosocial Intervention*, 15(1). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100003)
- *Características*. (s.f.). Federación Autismo Castilla y León. Recuperado de: <https://autismocastillayleon.com/que-es-tea/caracteristicas/>
- CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020, 1 de julio). *Trastornos del espectro autista (TEA): Signos y síntomas*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Recuperado de: [https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html#:~:text=Evitar%20el%20contacto%20visual%20y,%20otra%20vez%20\(ecolalia\).](https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html#:~:text=Evitar%20el%20contacto%20visual%20y,%20otra%20vez%20(ecolalia).)
- Comín, D. (2013, 17 de febrero). *Los desórdenes de la alimentación en los Trastornos del Espectro del Autismo*. Autismo Diario. Recuperado de: <https://autismodiario.com/2013/02/17/los-desordenes-de-la-alimentacion-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>
- *Como sanar el "intestino permeable"*. (2019, 17 de mayo). AOR US. Recuperado de: <https://aor.us/como-sanar-el-intestino-permeable/?lang=es#:~:text=Conocida%20como%20permeabilidad%20intestinal%20o,causan%20efectos%20potencialmente%20da%C3%B1os19.>
- Contreras, R. (10 de junio del 2015). Enzimas quinasas, kinasas o cinasas [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://biologia.laguia2000.com/bioquimica/enzimas-quinasas-kinasas-o-cinasas>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.) *¿Qué es una alimentación saludable?* Recuperado de:

- <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/HS/Paginas/que-es-alimentacion-saludable.aspx>
- Orellana Ayala, C. E. (2014, 23 de septiembre). *Estereotipias y autismo, para saber más*. Autismo Diario. Recuperado de: <https://autismodiario.com/2014/09/23/estereotipias-y-autismo-para-saber-mas/>
  - Organización Mundial de la Salud. (2018, 31 de agosto). *Alimentación sana*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
  - Organización Mundial de la Salud. (2019, 7 de noviembre). *Trastornos del espectro autista*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
  - Pardo Madrid, T. (2017, 25 de abril). *¿Qué son los SAAC?* Casa Verde grupo. Recuperado de: <https://www.grupocasaverde.com/2017/04/25/que-son-los-saac/#:~:text=Los%20Sistemas%20Aumentativos%20y%20Alternativos,de%20muchas%20personas%20con%20discapacidad.>
  - Rodríguez, H. (2020, 21 de enero). *Cómo afecta la dieta a la salud mental*. *National Geographic España*. Recuperado de: [https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/afecta-dieta-a-salud-mental-cual-es-evidencia\\_15129](https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/afecta-dieta-a-salud-mental-cual-es-evidencia_15129)
  - Sanz, E. (s.f.). *La dieta mediterránea, patrimonio de la humanidad*. *Muy interesante*. Recuperado de: <https://www.muyinteresante.es/salud/articulo/la-dieta-mediterranea-patrimonio-de-la-humanidad#:~:text=Seg%C3%BAn%20expone%20la%20Unesco%2C%20%22la,de%20los%20alimentos%20y%2C%20en>
  - *Significado de Pirámide alimenticia*. (2019, 2 de mayo). Significados. Recuperado de: <https://www.significados.com/piramide-alimenticia/>

- Villen, M. (2 de abril de 2012). Qué son las enzimas [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://www.conasi.eu/blog/consejos-de-salud/que-son-las-enzimas/>